COUNTWAY LIBRARY
HC 4MZH L

BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT · ET · DOCET
FVNDATA
MDCCCLXXI
EX DONO

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
University of Ottawa

http://www.archive.org/details/consultationssur00stap

Consultations

SUR

LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT
LES MALADIES DES FEMMES
ET LES SOINS A DONNER AUX NOURRISSONS

JOURNAL D'UN PRATICIEN

Consultations

SUR

LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT
LES MALADIES DES FEMMES
ET LES SOINS A DONNER AUX NOURRISSONS

Observations personnelles, notées au cours même des événements et commentées

PAR

H. STAPFER

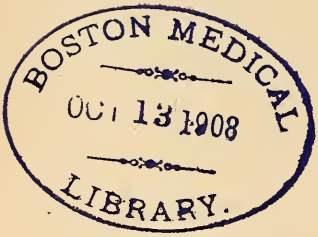
Ce sont toutes observations que j'ai faites moi-même et une simple vérité historique... Je ne considère que l'utilité qu'en peut recevoir le public... Je ne rapporte pas les seuls exemples des bons événements, mais je fais un fidèle récit des mauvais... C'est un grand mal de souscrire et conniver à l'erreur...

FRANÇOIS MAURICEAU.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1908

25. a. 349



AU PROFESSEUR LANNELONGUE

Hommage et souvenir reconnaissants.

7377

1773

INTRODUCTION

Il y a trente ans passés, inconnu, sans titres, pourvu du mince bagage scientifique des jeunes médecins, je m'installai dans un quartier de Paris.

Convaincu de mon insuffisance, j'étais tellement hanté par le cauchemar des responsabilités futures, que sans les propos encourageants du Dr Lannelongue, mon premier maître, au temps de son prosectorat, et sans le proverbe — pierre qui roule n'amasse pas mousse — j'aurais jeté mon bonnet aux orties, je me serais évadé de la prison sans air où la nécessité me cloîtrait.

J'attendais avec anxiété l'occasion très proche où ma pauvre science aurait à se manifester, non par un conseil ou une inoffensive ordonnance, mais par une intervention dont le succès dépendrait, selon toute apparence, de mon habileté.

Une nuit, la police vint me chercher pour une femme en mal d'enfant. Je m'habillai machinalement, et, mon forceps battant neuf sous le bras, je partis plongé dans mes réflexions.

Que savais-je ?

A cette époque, beaucoup de docteurs, fraîchement émoulus, entraient dans la pratique sans avoir assisté à un seul accouchement. On le pouvait cependant ; la clinique de la Faculté annonçant par un drapeau ou une lanterne rouges la présence d'une femme en travail. Seulement il fallait se promener dans le quartier à cette heure-là... On montait, on regardait par-dessus une barrière, et... on s'en allait.

Pourquoi cette incurie dans l'enseignement ?

Parce que, en général, les autorités considéraient l'obstétrique comme quantité négligeable, la majorité des femmes accouchant seules. Accouchement : fonction physiologique. Scienceaccessoire : la physiologie ! Ainsi raisonnaient nombre de chirurgiens, esprits de petite envergure, prétendus encyclopédistes. C'est à peine s'ils commençaient à reconnaître que l'oculistique exigeait des études et une main spéciales.

Donc, les livres, un cours théorique, hors pair, quand Pajot le professait, et, pratiquement, le drapeau ou la lanterne de la Clinique, avec ce qu'on appelait le toucher officiel, une fois par semaine, tel était le bilan de l'enseignement obstétrical offert par la Faculté aux étudiants. Un examen couronnait le tout.

Je l'avais passé avec la note, — bien satisfait — ayant lu, par chance, la question, deux jours avant, dans le traité de Cazeaux.

De plus, je fréquentais un de ces services auxiliaires de

la Maternité où l'Assistance recevait les femmes en couches. Ce service était dirigé par un clinicien de premier ordre, qui s'aventurait quelquefois à opérer. Spectacle ordinairement lamentable. Au besoin, il était remplacé de droit, par un chirurgien du Bureau central, apte à toute intervention... de par son titre.

On le faisait quérir. Il arrivait... toujours en retard, trouvait assez souvent l'interne, encyclopédiste précoce, qui s'escrimait à son tour, et on terminait à deux une détestable besogne. Exceptionnellement la malade était transportée — et dans quel état — à la Maternité, cloître interdit aux médecins.

Cela, c'est de l'histoire. Elle explique l'amertume de mes réflexions et mon faible enthousiasme, en arrivant chez la sage-femme qui appelait *ma* science à la rescousse.

Il s'agissait d'une O.I.D.P. asynclitique, enclavée depuis plusieurs heures. Naturellement mon inexpérience ne formula pas le diagnostic dans ces termes d'une précision mathématique et d'une éloquente concision pour l'homme du métier. Je me bornai à constater, pour la mère, l'épuisement et la fébricité; pour l'enfant, un cœur qui battait, et l'immobilité de la tête, dont la suture sagittale, explorable d'un bout à l'autre, était située en arrière du diamètre oblique gauche. Vaguement j'entrevoyais de grosses difficultés. Aussi, sans me laisser émouvoir par l'aveu d'insuffisance, ni par quelque chose de plus troublant, le regard de la mère anxieuse de délivrance, je déclarai qu'il fallait me substituer un médecin spécialiste. Il y en avait un, réputé tel, dans le quartier. J'attendis ce confrère, ancien interne d'une maternité auxiliaire. Avec obligeance, il insista pour que je fisse mes premières armes.

— Ce sera plus facile que vous ne croyez, disait-il.

— Cependant — répondait ma logique, à défaut d'expérience — l'opération n'est pas simple. D'abord, comment pourrai-je, selon la règle, mettre la branche gauche directement à gauche et la droite à droite? La place manque, et si je parviens à les loger, la tête sera saisie de biais.

— Erreur, la tête tournera d'elle-même dans les cuillers, et votre prise se régularisera.

— Cependant, répondait encore ma logique, cette tête me paraît bloquée comme un bâton dont les extrémités seraient coincées dans les chambranles d'une porte. De plus elle est toute penchée sur le côté.

Bref, repoussant les avances confraternelles, je me bornai à assister. L'une des cuillers s'obstinant à ne pas se mettre en face de l'autre, il fallut forcer pour introduire le pivot dans la mortaise. La prise resta irrégulière, et, après des tractions prolongées, le clou ébranlé et arraché, on vit cette chose navrante : un enfant qui vivait sans en valoir guère mieux, et dont l'œil gauche était chassé de l'orbite par le bec de la branche que j'appelle dans ce recueil : la branche qui blesse et tue. . . . .

. . . . . .

Peu de jours après je gravissais les marches de la Clinique dont le chef, m'avait-on dit, se distinguait par un véritable enthousiasme pour son art et un remarquable don de professeur.

C'était Pinard, l'aîné de cette phalange d'élèves de Tarnier, fondateurs du corps des accoucheurs des hôpitaux, et artisans d'une révolution de l'enseignement obstétrical, à laquelle se rallia, par les manœuvres instituées à l'École pratique, son réformateur Farabeuf, plus tard auteur

d'un livre fondamental, inventeur d'opérations et d'instruments, en un mot obstétricien, *in partibus rei anatomicæ*.

En Pinard j'avais trouvé plus que je ne cherchais. Entraîné par l'esprit didactique, et par le sens clinique de mon brillant initiateur, je me spécialisai.

Si la dédicace de cet ouvrage, témoignage de gratitude, ne revenait, par préséance, au professeur Lannelongue elle irait aux professeurs Farabeuf et Pinard, après lui, mes plus anciens... jeunes maîtres...

Mais où sont les neiges d'antan ?

Je me suis associé au réveil obstétrical, soit par des publications, soit par l'enseignement direct des étudiants durant un exercice officiel de quelques mois. C'est alors que j'ai fondé, à la Maternité de la rue d'Assas, un cours gratuit pour les sages-femmes de la Faculté, à peu près délaissées, cours que de basses compétitions firent supprimer.

Devenu gynécologue au début de l'ère du couteau et de la curette, je me suis attaché à l'étude du fonctionnement normal et pathologique des organes de la femme, sur lequel, en plus d'un quart de siècle d'abatage et de coupe réglée, un seul chirurgien d'Europe, Frænkel, nous a fourni des données nouvelles. Or, sans la connaissance de ce fonctionnement comment faire de bonne gynécologie ?

Le 26 Juillet 1892, à l'Académie, rendant compte de ma mission en Suède, je déclarai que la méthode de Brandt, dont la valeur curative n'était plus à démontrer, me semblait en avoir une, en matière de diagnostic, de tout pre-

mier ordre, et dans le brouhaha croissant de la Compagnie je terminai par ces mots : « Cette méthode peut devenir la source de découvertes physiologiques et pathologiques comme elle a été le principe d'une thérapeutique nouvelle. »

Mes expériences de laboratoire, mes recherches cliniques, les thèses de mes élèves ont confirmé cette hypothèse. Il ne manque aujourd'hui à la kinésithérapie que la sanction officielle qui tarde. Aussi le mot (1) fait lentement son chemin ; mes idées aussi ; mais elles le font.

J'ai toujours eu la passion d'enseigner. En relisant le journal quotidien tenu dès les temps actifs de ma carrière obstétricale, j'ai eu l'idée qu'il pourrait former un ouvrage utile et de quelque saveur, à la façon de certains livres du vieux temps, instructifs encore, personnels, et par là incomparablement plus vivants que nos amorphes compilations fabriquées avec des fiches de concours, de sèches pancartes d'hôpital, et des statistiques.

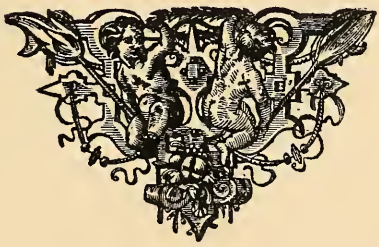
Mettre l'obstétrique en scène, par la rédaction de notes intégrales prises sur le vif, au jour le jour, associer ainsi le lecteur à l'action, à la pensée scientifique, philosophique, humoristique même, et aux émotions parfois intenses de la vie d'accoucheur, intéresser les gens de métier, çà et là les instruire, leur apprendre des nouveautés qui datent déjà, et dateront bien davantage le jour où l'autorité s'avisera de les enseigner, montrer aux jeunes praticiens à

1. Peu après l'époque où j'ai forgé ce mot, en prenant conseil pour sa correction, de l'helléniste Perrot, j'ai appris par mon ami Saquet (de Nantes) que Georgi, élève de Ling, l'avait inventé en 1847. (Baillière, brochure rare). Les congrès de physiothérapie l'ont adopté.

s'affranchir des théories, des préjugés, des doctrines, à se tenir aux faits observés avec patience et exactitude, à passer idées et conduite au crible de la critique intelligente et probe, tel est le but visé par ce livre où se trouveront, comme dirait Mauriceau, des exemples à suivre et d'autres à éviter.

H. Stapfer.

8 décembre 1907.



CALENDRIER DE LA GROSSESSE

Je mets en tête de ce recueil mon calendrier de grossesse, il explique au lecteur le sens d'initiales qui se rencontrent dans chaque observation : R. T. = règles *terminées ;* D. P. = date *prochaine* de l'accouchement ; D. E. = date *éloignée* ou *extrême* de l'accouchement.

Ce calendrier a pour principale utilité d'indiquer le terme ultime de la grossesse. Les femmes sont naturellement disposées à croire qu'elles seront délivrées avant le temps ordinaire, et s'inquiètent à l'idée d'une grossesse prolongée, dès qu'elles dépassent — chose fréquente — le terme indiqué comme probable par les calculs ordinaires.

Voici le colloque par lequel débutent invariablement mes soins aux femmes enceintes qui s'assurent d'avance de mon ministère.

— Quand vos dernières règles *normales* ont-elles été *terminées.*

— Le...

— Vous accoucherez, sauf accident, au plus tôt le... au plus tard le... et sachez que j'ai vu, mais par exception, cette date extrême dépassée, sans inconvénient pour la mère ni pour l'enfant. Ne vous tourmentez donc pas, si cela vous arrive.

R. T.	ACCOUCHEMENT		R. T.	ACCOUCHEMENT		R. T.	ACCOUCHEMENT		R. T.	ACCOUCHEMENT		R. T.	ACCOUCHEMENT		R. T.	ACCOUCHEMENT	
JANV.	D. P.	D. E.	FÉVR.	D. P.	D. E.	MARS	D. P.	D. E.	AVRIL	D. P.	D. E.	MAI	D. P.	D. E.	JUIN	D. P.	D. E.
1	2 *oct.*	21 *oct.*	1	2 *nov.*	21 *nov.*	1	30 *nov.*	19 *déc.*	1	31 *déc.*	19 *janv.*	1	30 *janv.*	18 *fév.*	1	2 *mars*	21 *mars*
2	3 —	22 —	2	3 —	22 —	2	1 *déc.*	20 —	2	1 *janv.*	20 —	2	31 —	19 —	2	3 —	22 —
3	4 —	23 —	3	4 —	23 —	3	2 —	21 —	3	2 —	21 —	3	1 *fév.*	20 —	3	4 —	23 —
4	5 —	24 —	4	5 —	24 —	4	3 —	22 —	4	3 —	22 —	4	2 —	21 —	4	5 —	24 —
5	6 —	25 —	5	6 —	25 —	5	4 —	23 —	5	4 —	23 —	5	3 —	22 —	5	6 —	25 —
6	7 —	26 —	6	7 —	26 —	6	5 —	24 —	6	5 —	24 —	6	4 —	23 —	6	7 —	26 —
7	8 —	27 —	7	8 —	27 —	7	6 —	25 —	7	6 —	25 —	7	5 —	24 —	7	8 —	27 —
8	9 —	28 —	8	9 —	28 —	8	7 —	26 —	8	7 —	26 —	8	6 —	25 —	8	9 —	28 —
9	10 —	29 —	9	10 —	29 —	9	8 —	27 —	9	8 —	27 —	9	7 —	26 —	9	10 —	29 —
10	11 —	30 —	10	11 —	30 —	10	9 —	28 —	10	9 —	28 —	10	8 —	27 —	10	11 —	30 —
11	12 —	31 —	11	12 —	1 *déc.*	11	10 —	29 —	11	10 —	29 —	11	9 —	28 —	11	12 —	31 —
12	13 —	1 *nov*	12	13 —	2 —	12	11 —	30 —	12	11 —	30 —	12	10 —	1 *mars*	12	13 —	1 *avril*
13	14 —	2 —	13	14 —	3 —	13	12 —	31 —	13	12 —	31 —	13	11 —	2 —	13	14 —	2 —
14	15 —	3 —	14	15 —	4 —	14	13 —	1 *janv*	14	13 —	1 *fév.*	14	12 —	3 —	14	15 —	3 —
15	16 —	4 —	15	16 —	5 —	15	14 —	2 —	15	14 —	2 —	15	13 —	4 —	15	16 —	4 —
16	17 —	5 —	16	17 —	6 —	16	15 —	3 —	16	15 —	3 —	16	14 —	5 —	16	17 —	5 —
17	18 —	6 —	17	18 —	7 —	17	16 —	4 —	17	16 —	4 —	17	15 —	6 —	17	18 —	6 —
18	19 —	7 —	18	19 —	8 —	18	17 —	5 —	18	17 —	5 —	18	16 —	7 —	18	19 —	7 —
19	20 —	8 —	19	20 —	9 —	19	18 —	6 —	19	18 —	6 —	19	17 —	8 —	19	20 —	8 —
20	21 —	9 —	20	21 —	10 —	20	19 —	7 —	20	19 —	7 —	20	18 —	9 —	20	21 —	9 —
21	22 —	10 —	21	22 —	11 —	21	20 —	8 —	21	20 —	8 —	21	19 —	10 —	21	22 —	10 —
22	23 —	11 —	22	23 —	12 —	22	21 —	9 —	22	21 —	9 —	22	20 —	11 —	22	23 —	11 —
23	24 —	12 —	23	24 —	13 —	23	22 —	10 —	23	22 —	10 —	23	21 —	12 —	23	24 —	12 —
24	25 —	13 —	24	25 —	14 —	24	23 —	11 —	24	23 —	11 —	24	22 —	13 —	24	25 —	13 —
25	26 —	14 —	25	26 —	15 —	25	24 —	12 —	25	24 —	12 —	25	23 —	14 —	25	26 —	14 —
26	27 —	15 —	26	27 —	16 —	26	25 —	13 —	26	25 —	13 —	26	24 —	15 —	26	27 —	15 —
27	28 —	16 —	27	28 —	17 —	27	26 —	14 —	27	26 —	14 —	27	25 —	16 —	27	28 —	16 —
28	29 —	17 —	28	29 —	18 —	28	27 —	15 —	28	27 —	15 —	28	26 —	17 —	28	29 —	17 —
29	30 —	18 —				29	28 —	16 —	29	28 —	16 —	29	27 —	18 —	29	30 —	18 —
30	31 —	19 —				30	29 —	17 —	30	29 —	17 —	30	28 —	19 —	30	31 —	19 —
31	1 *nov.*	20 —				31	30 —	18 —				31	1 *mars*	20 —			

R. T.	ACCOUCHEMENT		R. T.	ACCOUCHEMENT		R. T.	ACCOUCHEMENT		R. T.	ACCOUCHEMENT		R. T.	ACCOUCHEMENT		R. T.	ACCOUCHEMENT	
JUILL.	D. P.	D. E.	AOUT	D. P.	D. E.	SEPT.	D. P.	D. E.	OCTOB.	D. P.	D. E.	NOV.	D. P.	D. E.	DÉC.	D. P.	D. E.
1	1 *avril*	20 *avril*	1	2 *mai*	21 *mai*	1	2 *juin*	21 *juin*	1	2 *juil.*	21 *juil.*	1	2 *août*	21 *août*	1	1 *sept.*	20 *sept.*
2	2 —	21 —	2	3 —	22 —	2	3 —	22 —	2	3 —	22 —	2	3 —	22 —	2	2 —	21 —
3	3 —	22 —	3	4 —	23 —	3	4 —	23 —	3	4 —	23 —	3	4 —	23 —	3	3 —	22 —
4	4 —	23 —	4	5 —	24 —	4	5 —	24 —	4	5 —	24 —	4	5 —	24 —	4	4 —	23 —
5	5 —	24 —	5	6 —	25 —	5	6 —	25 —	5	6 —	25 —	5	6 —	25 —	5	5 —	24 —
6	6 —	25 —	6	7 —	26 —	6	7 —	26 —	6	7 —	26 —	6	7 —	26 —	6	6 —	25 —
7	7 —	26 —	7	8 —	27 —	7	8 —	27 —	7	8 —	27 —	7	8 —	27 —	7	7 —	26 —
8	8 —	27 —	8	9 —	28 —	8	9 —	28 —	8	9 —	28 —	8	9 —	28 —	8	8 —	27 —
9	9 —	28 —	9	10 —	29 —	9	10 —	29 —	9	10 —	29 —	9	10 —	29 —	9	9 —	28 —
10	10 —	29 —	10	11 —	30 —	10	11 —	30 —	10	11 —	30 —	10	11 —	30 —	10	10 —	29 —
11	11 —	30 —	11	12 —	31 —	11	12 —	1 *juil.*	11	12 —	31 —	11	12 —	31 —	11	11 —	30 —
12	12 —	1 *mai*	12	13 —	1 *juin*	12	13 —	2 —	12	13 —	1 *août*	12	13 —	1 *sept.*	12	12 —	1 *oct.*
13	13 —	2 —	13	14 —	2 —	13	14 —	3 —	13	14 —	2 —	13	14 —	2 —	13	13 —	2 —
14	14 —	3 —	14	15 —	3 —	14	15 —	4 —	14	15 —	3 —	14	15 —	3 —	14	14 —	3 —
15	15 —	4 —	15	16 —	4 —	15	16 —	5 —	15	16 —	4 —	15	16 —	4 —	15	15 —	4 —
16	16 —	5 —	16	17 —	5 —	16	17 —	6 —	16	17 —	5 —	16	17 —	5 —	16	16 —	5 —
17	17 —	6 —	17	18 —	6 —	17	18 —	7 —	17	18 —	6 —	17	18 —	6 —	17	17 —	6 —
18	18 —	7 —	18	19 —	7 —	18	19 —	8 —	18	19 —	7 —	18	19 —	7 —	18	18 —	7 —
19	19 —	8 —	19	20 —	8 —	19	20 —	9 —	19	20 —	8 —	19	20 —	8 —	19	19 —	8 —
20	20 —	9 —	20	21 —	9 —	20	21 —	10 —	20	21 —	9 —	20	21 —	9 —	20	20 —	9 —
21	21 —	10 —	21	22 —	10 —	21	22 —	11 —	21	22 —	10 —	21	22 —	10 —	21	21 —	10 —
22	22 —	11 —	22	23 —	11 —	22	23 —	12 —	22	23 —	11 —	22	23 —	11 —	22	22 —	11 —
23	23 —	12 —	23	24 —	12 —	23	24 —	13 —	23	24 —	12 —	23	24 —	12 —	23	23 —	12 —
24	24 —	13 —	24	25 —	13 —	24	25 —	14 —	24	25 —	13 —	24	25 —	13 —	24	24 —	13 —
25	25 —	14 —	25	26 —	14 —	25	26 —	15 —	25	26 —	14 —	25	26 —	14 —	25	25 —	14 —
26	26 —	15 —	26	27 —	15 —	26	27 —	16 —	26	27 —	15 —	26	27 —	15 —	26	26 —	15 —
27	27 —	16 —	27	28 —	16 —	27	28 —	17 —	27	28 —	16 —	27	28 —	16 —	27	27 —	16 —
28	28 —	17 —	28	29 —	17 —	28	29 —	18 —	28	29 —	17 —	28	29 —	17 —	28	28 —	17 —
29	29 —	18 —	29	30 —	18 —	29	30 —	19 —	29	30 —	18 —	29	30 —	18 —	29	29 —	18 —
30	30 —	19 —	30	31 —	19 —	30	1 *juil.*	20 —	30	31 —	19 —	30	31 —	19 —	30	30 —	19 —
31	1 *mai*	20 —	31	1 *juin*	20 —				31	1 *août*	20 —				31	1 *oct.*	20 —

OCT 13 1908
LIBRARY

OBSERVATION I

Hydramnios en apparence physiologique. — Présentation du siège. — Diagnostic. — Version par manœuvres externes. — Fébricité disparaissant avec le sevrage. — Hydrocéphalie après la naissance. — Nanomélie.

1883. — Madame N... attend son troisième enfant. Les deux autres, déjà grands, sont vivants et bien portants. En Janvier 1883, la grossesse atteignant huit mois environ, j'examine ma cliente.

Utérus haut situé. Œuf gros. Beaucoup de liquide sans tension des parois. Fœtus volumineux, car il ne ballotte pas. Hydramnios physiologique, je suppose; celui qui coïncide avec la gémellité et les fœtus uniques, mais gros. L'autre est pathologique, en rapport avec les malformations et, dit-on, avec la syphilis héréditaire.

Au palper et au toucher, excavation vide. Une région fœtale, volumineuse, arrondie, assez dure et lisse, y proémine. Tête ou siège? Ce ne peut être une épaule, le grand diamètre utérin étant vertical. Le colloque suivant s'établit entre Mme N... et moi : — Où remue l'enfant ? — Partout. — Même en bas? — Même en bas.— Quand il remue en bas, sentez-vous des coups ou des poussées? — Je sens des coups. — Les autres enfants remuaient-ils de même ? — Non, ils remuaient en haut et presque toujours du côté droit. Ils donnaient des coups et soulevaient la peau du ventre. En bas je ne sentais que des pressions; quelque chose qui appuyait. J'avais aussi des crampes dans les jambes. Cette fois, je n'en ai pas.

— Comment sont sortis les autres enfants ?

— La tête la première.

Je porte la main sur le fond de l'utérus et ne perçois que des régions indistinctes. Il fallait déterminer la situation du dos.

Parallèle à la ligne médiane et situé à droite, il se continuait en bas avec la région qui occupait l'aire pelvienne. Il disparaissait brusquement en haut. C'était la description de Pinard en leçon de choses. En bas la rondeur lombaire, en haut la dépression du cou ; mais il est sage de ne conclure que sur le ballottement céphalique. Supposant la tête cachée sous les côtes, je repousse le dos vers la ligne médiane, de la main gauche, et du bout des doigts de la droite, je rencontre profondément une masse dure. Elle ne ballotte pas. La sensation caractéristique du morceau de glace qui fuit sous l'eau, manque. Je repousse le dos plus loin encore, et j'ai la satisfaction de renvoyer, de l'une à l'autre de mes mains, une véritable boule de billard.

Donc : S.I.D. Conduite à tenir : 1° version céphalique par manœuvres externes; 2° fixation de la tête dans l'aire du bassin.

L'opération ne réussit qu'après plusieurs tentatives. L'utérus se contractait, s'allongeait, rétrécissait son diamètre transverse. Je le croyais seulement irrité par les tentatives de bascule ; mais Mme N..., persuadée que la difficulté tenait moins à la manœuvre qu'à un état particulier des organes abdominaux, me demanda de tenter la version à l'un des moments « où elle sentait son ventre mou et l'enfant remontant dans l'estomac ». Intrigué, j'accédai à son désir, et cela réussit.

Ceinture eutocique improvisée ; mais taillée exprès et cousue, avec coussinets d'ouate et sous-cuisses. Les bandages simples ne tiennent pas.

Accouchement : le 6 Mars, la veille de la date extrême, d'après mon calendrier. R. T. : 18 Mai 1882; D. P. : 16 Février 1883 ; D. E. : 7 Mars. Rupture spontanée des membranes au début du travail. O. I. G. A. Eaux s'écoulant à flots, malgré la précaution du décubitus dorsal permanent, la tête ne formant pas bouchon. Les battements du cœur fœtal s'altèrent au passage. Mme N..., poussant avec vigueur, sur mon conseil, met au monde spontanément une grosse fille syncopée que je ranime en l'enveloppant de linges très chauds.

Montée de lait physiologique. État fébrile. J'attends un accident infectieux quelconque, l'asepsie de la garde et du milieu m'inspirant des doutes.

Or, Mme N... n'a que de la fièvre et pendant trois semaines. Max. : 39°. Injections, lavements, naphtol associé au salicylate de magnésie, quinine, rien ne réussit. La chute définitive du thermomètre coïncide avec la cessation de l'allaitement. Suivant une habitude de famille l'enfant sera élevé au biberon. C'est un pis aller dont je ne prends jamais la responsabilité. Mme N... vante la belle santé de ses autres enfants. Leur grosse ossature ne me réconcilie pas avec l'allaitement artificiel quand on peut avoir mieux.

Dès les premières semaines, la fille de Mme N... présente un développement graduel et anormal du crâne, dont les diamètres à la naissance étaient réglementaires.

Au septième mois, hydrocéphalie manifeste.

1891. — Non seulement l'enfant est hydrocéphale, mais naine. L'arrêt de développement ne frappe que les membres, surtout dans leurs segments supérieurs, bras et cuisses. C'est une nanomèle. Intelligence au-dessus de la moyenne.

1906. — Ainsi l'hydramnios peut coïncider avec un beau fœtus et des vices de développement invisibles à la naissance.

Aux variations circulatoires locales abdomino-pelviennes dont j'ai fait une étude spéciale en gynécologie sous le nom de périodes moliminaires et extra-moliminaires (1), correspondent des

1. Utiles à connaître même en médecine générale. Consultez, au sujet des molimens, mes divers ouvrages, notamment le traité de kinésithérapie (Paris, Maloine), et aussi ce *Journal*.

variations de consistance des tissus, flaccidité ou induration. Mme N... n'imaginait pas en affirmant qu'à certains jours « elle sentait son ventre mou ». Elle n'imaginait pas davantage en disant que le fœtus « lui remontait parfois dans l'estomac ». Lisez à ce sujet l'obs. XXXII. On trouvera dans l'obs. XLIX un autre exemple de fébricité disparaissant par le sevrage, et dans l'obs. LXXVII, quantité de faits concernant la sécrétion lactée.

OBSERVATION II

Présentation du siège. — Version par manœuvres externes. — Infection erratique. — Phlébite. — Manie puerpérale. — Affaiblissement des facultés mentales. — Amnésie.

1883. — Névropathe, mot élastique qui s'étend de l'enfant gâtée à la détraquée voisine de la folie, convient à merveille à Mme O... Trois grossesses. Enfants vivants. Suites de couches pathologiques après le deuxième accouchement. X... agrégé assistait. A la troisième grossesse, au huitième mois, j'ai constaté que l'utérus était bicorne, phénomène qui n'implique pas nécessairement la bifidité congénitale et peut dépendre de la disposition du contenu, de l'épaisseur et de l'élasticité des parois, choses variables à chaque gestation.

Grossesse. — Utérus régulier. Pas d'échancrure en cœur de carte. Antéversion. Ventre en besace. Présentation du siège au huitième mois. Diagnostic aisé. On empoigne d'une seule main la bille céphalique. Version non moins facile. Mme O... ne se doute même pas que le fœtus fait demi-tour dans un liquide amniotique abondant.

L'opération faite, l'excavation est vide au toucher et on ne peut saisir par le palper la tête sur l'aire du détroit. Cependant le

siège est en haut. L'enfant étire ses membres qui font angle droit avec le dos. Le fait est constant dans les antéversions prononcées sans engagement. La tête pique vers le promontoire ou les premières sacrées. Il faut par le toucher chercher le ballottement non pas au lieu d'élection derrière la symphyse mais très en arrière. Là est le morceau de glace.

La ceinture est refusée. Cette femme est incapable de supporter la moindre gêne même pour son enfant. Je dégage ma responsabilité. La tête reste en bas et creuse son nid.

Accouchement. — Le 8 Juin, au terme extrême. R. T. : 19 Août; D. P. : 20 Mai; D. E. : 8 Juin. Naissance spontanée d'une grosse fille. Délivrance naturelle. Œuf complet. L'utérus se contracte et se rétracte assez mollement. Pouls lent. Je reste auprès de Mme O... une demi-heure après la délivrance, au lieu d'une heure suivant mon habitude.

Suites. — Hémorragie abondante après mon départ. Je ne juge pas cela d'après les linges. Un verre de sang sur les draps semble un litre. Je juge par l'accélération du pouls.

Tranchées violentes. La garde a éperonné, avec du seigle, l'utérus. C'est une véritable pierre. Je pars mécontent, moins de la garde que de moi, qui ai quitté Mme O... trop tôt. J'aurais dû me défier de cet utérus enclin à la mollesse. Puisque je ne veux plus de seigle, il faut que j'adopte un traitement préventif des hémorragies. Lequel? Les injections chaudes, suivant le procédé russe qu'on commence à vanter.

IIIe jour. — Les douleurs se sont localisées à la fosse iliaque gauche. Il ne s'agit plus de contractions. Peau chaude. Pas de frissons. Aucune odeur. Chose rassurante : le lait monte. Vive irritabilité.

IVe au VIIe jour. — Température anormale; irrégulièrement prise, par refus de la malade qui refuse également des sangsues proposées pour calmer la douleur localisée. Cela me prouve que cette douleur qui se cantonne à l'aine, n'est pas vive. Je n'insiste pas, doutant fort d'un adéno-phlegmon en évolution,

malgré des hoquets et des vomissements à cause de la fugacité des symptômes locaux péritonitiques. Mais pourquoi cette fièvre, qui monte une fois à 40°? Par absorption de putrilages d'un caillot emprisonné par le seigle? Dans ce cas les lochies auraient de l'odeur. Par fermentation de matières accumulées dans l'intestin? Les lavements, seul remède détersif que la fantasque humeur de la malade accepte, ne modifient rien.

VIIIe jour. — Mme O... se lève (*sic*). Elle est donc incurablement déraisonnable; mais malgré son regard un peu étrange elle n'est pas déraisonnante. Température : 37°8 à 39°.

IXe jour. — Retour des hoquets et vomissements. Météorisme. Diarrhée.

X^e au XXe jour. — Sensibilité générale et excessive du ventre; mais la consistance est gélatiniforme, ce qui n'existe pas dans les péritonites. Onguent gris; quinquina; quinine; glace; codéine. Cette vieille médicamentation prouve que je patauge. Améliorations passagères pendant cette période. Thermomètre peu élevé; mais oscillant. Involution utérine franche suivie d'un brusque arrêt.

XXe au XXIVe jour. — Le thermomètre remonte à 39°5. La langue se charge. Douleur du membre inférieur qui se fléchit, cuisse sur bassin, jambe sur cuisse, et se place dans la rotation en dehors. Il n'y a d'empâtement du bassin ni au palper ni au toucher.

XXVe jour. — Œdème du membre inférieur gauche. Températures locales du mollet et de la cuisse élevées. Pouls : 115. Diagnostic : phlébite. Compresses de chlorhydrate d'ammoniaque en solution saturée.

XXVIe jour. — Membre abdominal indolore. Pied très infiltré. Léger œdème des membres supérieurs, douloureux. Mme O... se lève de nouveau, malgré ma défense. Regard égaré. Elle a giflé son mari. De plus, la veille, la malade qui jusque-là se contentait de lait, a commandé un canard dont elle a avalé les aiguillettes et l'aile avec six cuillerées à soupe de pois cuits. Ce matin un bif-

teck. Garde-robe énorme après ces repas. Trois livres de matière, dit le mari. Pouls : 115. Utérus de nouveau volumineux. Violentes colères. Perte de la mémoire.

XXVIIe jour. — On me cherche en toute hâte. Mme O... a éprouvé une vive oppression avec sensation de froid. Une sorte d'angoisse a fait croire aux assistants que la mort était proche. Respiration haletante ; auscultation normale. Frémissement de la région cardiaque, sans altération des bruits du cœur ; mais tachycardie extrême. Battement des jugulaires visible à l'œil nu. Pouls : 144. Œdème du membre phlébitique disparu. Ventre souple. Régurgitations. Vomissements. Qu'est-ce que ces accidents formidables ? Embolie ? Pronostic grave, quoi qu'il en soit.

XXIXe jour. — Crise de même nature suivie de sueurs profuses et de douleurs erratiques dans les membres supérieurs, surtout aux poignets et aux épaules.

XXXe au XXXVIIIe jour. — Crises analogues, fréquentes. Violents haut-le-cœur. Pouls incomptable. Alternatives de chaud et de froid dans les membres. Langue sèche. Vague des idées. Troubles de la mémoire.

XLe au LXe jour. — Crises de plus en plus rares. Amnésie. Mme O... part pour la campagne, où je la fais transporter par eau.

Dix mois plus tard j'apprends qu'elle marche en boitant un peu.

1884. — Les facultés mentales restent diminuées. La mémoire est affaiblie au point que les actes de l'après-midi sont oubliés le soir.

1885. — Je croise dans la rue Mme O..., éblouissante de santé. Son mari, auquel j'écris, m'apprend que les facultés mentales, mémoire en tête, semblent revenir graduellement et

que l'état physique n'a jamais été aussi parfait, à aucune époque de la vie.

1891. — Cette observation, qui me paraissait très obscure quand je l'écrivais, me semble aujourd'hui fort claire. La notation exacte des faits, lors même qu'on ne peut les interpréter, a une indiscutable valeur. Quel prix aurait le carnet journalier d'un médecin ou d'un vétérinaire de campagne !

Aujourd'hui, je donne pour titre à cette observation : infection erratique ; phlébite ; manie puerpérale. Erratique est bien le terme qui convient à la marche de l'infection dans les phlébites.

De 1884 à 1891 la lumière s'est peu à peu faite sur la question, par Siredey, Hutinel, par Widal surtout, et aussi par mon travail sur la température et les accidents réputés tardifs des accouchées.

Pendant l'incubation, dès le début, subfébricité comparable aux faibles tintements d'un tocsin d'alarme, vagues menaces de pelvi-péritonite, puis ascension brusque du thermomètre ; à ce moment première localisation, à laquelle d'autres succèdent, dans des régions à peu près déterminées; par ordre de fréquence, membres inférieurs, poumons, membres supérieurs, et à des périodes à peu près fixes, qui semblent gouverner ces *errements* du poison, tel est le schéma clinique de la marche des phlébites. (Stapfer, *Union* 1890).

1907. — On trouvera l'évolution de mes idées sur le sujet dans l'obs. LXIV. Celle qu'on vient de lire représente une forme exceptionnelle de la maladie dont le type est pourtant conservé.

OBSERVATION III

Congestions et ménorragies. — Hémorragies pendant quatre grossesses successives. — Œdème placentaire. — Insertion vicieuse. — Accouchement prématuré spontané. — Circulaires serrés. — Section nécessaire, précipitée et dangereuse du cordon. — Pinces funiculaires. — Adhérence des membranes. — Guérison des ménorragies par la kinésithérapie.

1883. — Trois grossesses antérieures. A la première, hémorragie au troisième mois. Une semaine de durée. A la seconde, violente perte au deuxième mois. A la troisième, au moins deux pertes peu considérables de sang noir vers le troisième mois. Mme P... affirme qu'elle est toujours accouchée à terme ; mais je ne me fie pas à ses calculs que je ne puis refaire, la date des R. T. pour ces trois grossesses étant oubliée.

Règles très exactes, surabondantes en tout temps et prolongées. Huit jours de lit à chaque époque.

Je ne vois Mme P... qu'au moment du travail. Elle me raconte ce qui suit :

Grossesse. — Vers le 7 Décembre, c'est-à-dire moins de deux mois après les R. T., sans douleurs, dans la rue, elle a perdu subitement du sang pur, en quantité assez abondante, pour qu'en rentrant chez elle, elle laissât des traces de cette perte sur le trottoir et dans l'escalier. Lors de cet accident, elle ne se croyait pas — ou ne voulait pas se croire — enceinte, et depuis un jour elle perdait un peu de sang. Elle resta cinq jours au lit, soignée par le Dr X..., qui, méconnaissant la gravidité, donna du seigle. La perte cessa pour reparaître. De temps en temps, écoulement de quelques gouttes, jusqu'au 25, jour où une nouvelle hémorragie très noire, moins forte que la première, mit Mme P... au lit de nouveau. Chaise longue et lit, de Noël au jour de l'an. Le 2 Janvier le sang reparut en quantité assez notable

pendant quarante-huit heures. Trois ou quatre jours de lit. Dans a nuit du 10 au 11, inondation d'eau et de sang subite. On appelle le Dr T..., qui demande Siredey en consultation. Ils reconnaissent l'existence de la grossesse. Repos absolu au lit pendant neuf semaines. La perte dure huit jours environ ; pas d'eau ; du sang noir et rouge.

Le 1er Juin Mme P... perdit de nouveau un peu d'eau et le 13 cette perte devint assez abondante pour qu'on appelât le Dr T... En même temps Mme P... expulsa un caillot noirâtre. Le Dr T... me fit prier de l'assister en cas d'accouchement prématuré.

Accouchement. — Le 15 Juin. — R. T. : 17 Octobre ; D. P. : 20 Juillet ; D. E. : 6 Août. Durée du travail : douze heures environ. Mon diagnostic est : placenta au voisinage de l'orifice, rupture des membranes. Dilatation assez lente. Expulsion très rapide. Mme P... fait une violente poussée, et, malgré moi, la tête se dégage brusquement. Circulaire serré. Je ne puis le faire passer ni en avant ni en arrière. Nouvelle poussée au moment où je m'apprête à le couper. Tension violente du cordon ; pas le temps de faire deux ligatures. Je coupe précipitamment en serrant entre mes doigts, sans savoir si je tenais le bout placentaire ou ombilical. C'était le placentaire. Le sang s'échappe par l'ombilical. Cela n'arrivera plus, j'aurai toujours des pinces sous la main. Je m'aperçois avec saisissement que la section a été faite presque au ras de l'ombilic. Fille âgée de huit mois environ.

J'attends patiemment, la main sur l'utérus que je surveille, l'expulsion du placenta. Je m'abstiens de toute traction ; car ayant senti par le toucher la face utérine du placenta, j'ai peur de le décoiffer. Une demi-heure environ après l'expulsion de l'enfant surviennent trois ou quatre fortes contractions. Deux très gros caillots, trop noirs pour être tout à fait récents, sortent avec un placenta énorme accompagné de ses membranes. Aucune traction n'est faite, pour achever le dégagement. La masse entière tombe devant la vulve.

Les cotylédons sont d'une épaisseur peu commune. Membranes déchirées au voisinage de la marge du placenta. En ce point on remarque les traces non douteuses des anciennes hémorragies. Il y a insertion vélamenteuse.

Le placenta semble complet, mais les membranes fendues dans le sens de la longueur, du côté opposé à celui de la déchirure ne sont pas reconstituables. Pas de seigle.

Suites. — La garde affirme que le cinquième jour, au matin, les lochies sont devenues fétides. Mme P..., gênée, pousse et expulse un lambeau de membranes resté adhérent suivant la règle des hémorragiques (Pinard) et quelque chose qui ressemblait à un cotylédon. « Il a fallu des ciseaux pour le couper ; le doigt ne pouvait y pénétrer. » Ainsi s'est exprimée la garde qui, comme toutes les vieilles matrones, et bon nombre de jeunes, n'a rien conservé.

L'enfant bien portant tette vigoureusement. Ictère prononcé, ce qui arrive (Budin et Ribemont) aux enfants privés d'une partie de leur sang par section immédiate du cordon. Un citron n'est pas plus jaune.

1887. — A la suite de cet accouchement j'ai fait construire par Colin deux petites pinces coudées à ressort. Je les ai toujours à proximité de ma main pendant l'expulsion ; les tensions dangereuses du cordon par circulaires serrés ou par brièveté naturelle sont relativement rares; mais on ne doit pas se laisser surprendre. Qu'est-ce que la perte d'eau survenue dans la nuit du 10 au 11 ? Certainement pas une rupture des membranes. L'origine de ces métrorrhées est obscure. Elles suivent ou précèdent fréquemment les pertes de sang.

1891. — J'ai revu les pertes d'eau dans deux cas où le placenta était énorme, par infiltration. Œdème des cotylédons.

1906. — Je pose la question suivante, que Mme P... ne résoudra pas, car elle n'aura plus d'enfant : Y avait-il une relation entre la menstruation profuse, prolongée de Mme P... et les hémorragies de toutes les grossesses ? J'ai traité en 1895 cette malade par la kinésithérapie pour modifier les règles anormales et diminuer le volume de l'utérus trop gros mais non fibromateux. Guérison radicale telle que cinq mois après mon traitement une fille de Mme P... me disait : « Quelle puissance a votre méthode ! Ma mère que je n'avais jamais vue sur pied au moment de ses règles, se lève et sort. Et combien de médecins avaient tenté inutilement de la guérir ! »

OBSERVATION IV

Diagnostic de l'une des causes de mort du fœtus. — Importance de la conservation du liquide amniotique. — Conduite à tenir à cet égard, en cas de rupture prématurée. — Gros fœtus. — Version podalique par manœuvres internes.—Difficultés de l'extraction. — Procidence du cordon.

1883. — R... avorte en 1879, à trois mois et demi. Toutes précautions sont prises pour éviter la répétition de cet accident. En 1880, nouvel avortement de six semaines. En 1881, troisième grossesse évoluant jusqu'à terme et terminée par la naissance d'un fœtus mort. Mme R... demande mes soins lors d'une quatrième grossesse. Elle craignait de n'avoir jamais d'enfant.

Les trois malheurs étaient-ils accidentels, ou consécutifs à une maladie du germe ?

Le lecteur devine ma pensée. Trois grossesses, dont deux avortées, et la troisième aboutissant à un mort-né, faisaient songer d'emblée à la syphilis. Après examen et interrogatoire du père et de la mère, elle devint très douteuse.

Simples accidents alors ; mais il fallait le démontrer.

— A quoi attribuez-vous votre première fausse couche ? demandai-je à Mme R...

— A une imprudence. Un jour, j'ai perdu; mais par gouttes seulement. Je n'y ai pas fait attention. Quelques douleurs sont survenues. Je ne m'en suis pas préoccupée davantage. Brusquement un flot abondant est sorti. Alors j'ai appelé le médecin.

L'imprudence était claire.

— Et lors du second avortement ?

— Je me demandais si j'étais enceinte. Je n'éprouvais pas ce que j'avais éprouvé à ma première grossesse. J'avais des pesanteurs, de la difficulté à digérer. J'ai appelé le médecin. Il a trouvé une maladie de matrice.

— Quelle maladie ?

— Une ulcération qu'il a cautérisée.

— Combien de fois et combien de temps avant la fausse couche ?

— Une seule fois. Huit ou dix jours avant.

— Avez-vous perdu après la cautérisation ?

— Un peu de sang, très peu ; et puis quelques peaux blanches : après, le sang est revenu de plus en plus fort et le germe est sorti.

L'imprudence était claire encore ; seulement c'était une imprudence médicale, née d'une erreur de diagnostic. Mme R... avait une ulcération cervicale gravidique prise pour métritique. Ce n'est pas la première fois que je vois l'avortement causé par une semblable confusion.

Les deux avortements de Mme R... semblaient donc accidentels. Je repris l'interrogatoire pour m'éclairer sur la troisième grossesse.

— Votre enfant est-il mort au passage, ou avant le travail ?

— Il est mort avant le travail.

— Est-ce le médecin qui l'a dit ?

— C'est le médecin. Il paraît même qu'il était mort depuis un

certain temps, parce que la peau s'en allait ; mais je ne le crois pas. Je sentais remuer.

— Vous avez pu vous tromper. Le détachement de l'épiderme est un signe indiscutable de la mort plus ou moins ancienne. Se détachait-il partout ou seulement sur un ou deux points, sur la jambe, par exemple ? tout seul ou en frottant ?

— Je ne sais pas. Moi, je n'ai rien vu qu'un bel enfant tout blanc.

— Alors, la mort ne remontait pas bien loin. Vous dites que votre enfant remuait. L'avez-vous senti pendant le travail, avant le travail?

— Pendant, je ne sais pas. Avant, certainement.

— Donnait-il des coups, ou se déplaçait-il tout d'une masse, quand vous vous tourniez à droite ou à gauche ?

— J'ai eu les deux sensations. Plusieurs jours avant, il donnait des coups ; mais ensuite c'était un poids qui tombait du côté où je me penchais.

— Comment le médecin a-t-il expliqué la mort?

— Suivant lui, j'ai porté l'enfant dix mois et il était trop gros.

— Dix mois ! C'est rare, sauf dans les pays où les femmes comptent par mois lunaire, ou dix fois vingt-huit jours. Quand aviez-vous eu vos dernières règles normales?

— Le 10 Juin.

— Elles étaient finies le 10 Juin ?

— Non, le 15.

— Quand êtes-vous accouchée?

— Le 9 Avril.

— Vous deviez accoucher le 16 Mars au plus tôt, le 4 Avril au plus tard. Vous avez donc dépassé de cinq jours la date extrême. Ce n'est pas fréquent ; mais cela se voit. L'enfant était-il exceptionnellement gros?

— Il pesait onze livres.

— C'est énorme ; l'a-t-on pesé sur la balance ou seulement à bout de bras ?

— On ne l'a pas mis sur la balance.

— Alors je doute des onze livres. Êtes-vous accouchée très lentement? A-t-on fait des opérations ?

— J'ai souffert pendant neuf heures, puis on a mis les fers.

— Vous n'avez rien éprouvé les jours précédents, ni douleurs, ni perte de sang, ni perte d'eau?

— Je n'ai éprouvé de douleurs que le 9 Avril ; mais les eaux ont percé le 3; petit flot. Le 4, gros flot; aucune douleur jusqu'au 9. Ce n'était pas faute de me remuer, de marcher. Le médecin disait que cela ferait venir les contractions, et rien n'est venu que de l'eau, d'abord beaucoup et puis de moins en moins.

Ces mots furent le trait de lumière qui éclairait la situation. Par eux tout s'expliquait. Six jours avant le début des douleurs, les membranes s'étaient rompues; poche amnio-choriale le 3, poche amniotique le 4, — peut-être — à cause de la description du petit flot et du gros flot. Phénomène d'importance secondaire d'ailleurs. Le fait capital était la distillation continue, complète ou à peu près complète, du liquide amniotique. La circulation fœto-placentaire ayant été troublée, probablement par compression du cordon, le fœtus avait succombé avant les contractions douloureuses. Au moment de la rupture, il était vivant et donnait des coups. Après la mort, il se déplaçait comme une masse inerte suivant l'attitude prise par la mère.

Telle était, à mon sens, l'interprétation des renseignements fournis par Mme R... Je lui dis que, selon toute prévision, pareil accident serait évité, et je procédai à l'examen de la grossesse dont l'issue m'était confiée.

Grossesse. — Mme R... est grande, bien conformée, bien portante. Elle atteint le huitième mois de la gestation. R. T. : 15 Août; D. P. : 16 Mai; D. E. : 4 Juin. L'examen du ventre m'apprend que les muscles sont relâchés, écartés, et la ligne blanche distendue. Après le dernier accouchement, lorsque Mme R..., au lit, se mettait sur son séant, la peau se soulevait dans la région

sous-ombilicale; et une tumeur elliptique, limitée à droite et à gauche par les droits de l'abdomen, se formait. C'est le signe manifeste de l'éventration. Aussi l'utérus sans soutien est en antéversion. Il faut relever ce gros paquet avec les mains pour rencontrer les branches horizontales du pubis. Au-dessus d'elles est une région fœtale lisse, dure, osseuse, accessible sur une grande étendue, et s'élevant plus haut à gauche. C'est la tête peu engagée et assez bien fléchie, étant donnée cette dernière constatation. Le siège est en haut, pas très haut, à cause de la forme de l'utérus. On le reconnaît à sa continuité avec le dos. L'un et l'autre donnent une ligne très courbe. L'enfant est roulé en boule, les genoux touchent le front. C'est la règle dans l'antéversion. Le toucher confirme le palper; la tête est amorcée et ne s'engagera, selon toute probabilité, qu'au moment du travail, quand les contractions redresseront l'utérus et ce gros enfant qui bascule en avant.

Je prie Mme R... de se coucher de suite, si elle perdait les eaux prématurément, et de me prévenir.

Le 3 Juin Mme R... se sent tout à coup mouillée. Flot de liquide. Elle se couche. Je l'examine. L'enfant est très volumineux, bien vivant. Il ne reste pas beaucoup de liquide. La tête est amorcée, en O. I. G. T. Aucune douleur, aucune modification du col. J'ordonne le repos au lit, à plat. Défense formelle d'en sortir ou de s'y asseoir.

Le 4 Juin, aucune douleur, aucune modification du col. L'enfant se porte bien. Vagin humide. Léger écoulement.

Accouchement. — Le 5 Juillet, travail très rapide. J'arrive après la naissance d'une fille de 4 kgr. 300.

L'utérus est bien rétracté. Je le surveille, la main sur le fond. Dix minutes après, contraction énergique accompagnée d'effort involontaire. L'hypogastre se soulève; utérus et intestin sont chassés dans l'éventration. Le placenta, violemment poussé, tombe devant la vulve, sans être projeté à distance, ce qui peut se voir. Il est en partie découronné. Je le tords plusieurs

fois, de manière à transformer en corde les membranes, et je tire sur elle, légèrement. Résistance. Je m'arrête. On peut suivre du doigt la corde, qui pénètre dans l'utérus. J'attends. Au bout d'une heure les membranes sortent sans tractions. Impossible de les reconstituer. Je renoncerai au procédé de torsion pour cette raison.

Suites. — Normales. On me demande de couper le filet de la langue pour que l'enfant prenne mieux le sein. Je fais un simulacre d'opération. Je veux être éclairé sur sa valeur. La mère qui donnait à téter dit que l'enfant lâche facilement le mamelon ; mais elle a peu de lait, et je comprends que l'enfant n'ait pas d'entrain. On prend une nourrice qui fait la même observation. Nouveau simulacre d'opération. On me dit que l'enfant tette mieux.

1889. — Depuis 1883, Mme R... est accouchée une fois en d'autres mains que les miennes. Qu'est-il arrivé?

Les choses les plus fantastiques m'ont été racontées ; le médecin aurait coupé le cordon qui faisait procidence « de crainte que l'enfant ne mourût » (*sic*). A ce moment le cordon seul sortait du vagin. Puis on attendit la naissance, qui eut lieu quelques heures plus tard et le médecin fut « très étonné de voir que l'enfant était mort » (*sic*). Tout est possible ; les racontars d'abord, la bêtise surtout. Passons.

Mme R..., qui a grand désir d'avoir un autre enfant — elle n'a conservé que celui qui est venu au monde par mes soins — s'adresse à moi. Je la vois dans le courant de juillet et je constate que la tête est engagée ; mais le bassin est vaste et les parois abdominales n'ont aucune tonicité. Aussi ne suis-je pas étonné de trouver à ma seconde visite une présentation de l'épaule. Le 30 Août au soir, fausse alerte. Peu mobile au moment de mon examen, grâce à des contractions utérines, le fœtus se présente par le siège. Je revois Mme R... quelques jours près. L'enfant n'a aucune tendance à s'adapter ou plutôt il a

une tendance à préférer l'accommodation de l'épaule. Il paraît déjà gros. Je remets à plus tard la version ; mais plus tard fut peut-être trop tard. Quoi qu'il en soit je ne réussis pas à maintenir la tête. Une cause possible de l'insuccès est que voulant éviter à Mme R... l'achat coûteux d'une ceinture eutocique, je me contentai de l'improviser avec une serviette, des sous-cuisses et des tampons d'ouate en rouleau. Bandage médiocre. J'aurais dû faire fabriquer par la cliente un corset souple, ajusté et tenant en place. J'avais prévenu la famille de la possibilité d'une intervention et des dangers que la présentation du siège ou de l'épaule faisaient courir à l'enfant.

Accouchement. — Le 7 Septembre. R. T. : 22 Novembre; D.P. : 23 Août ; D. E. : 11 Septembre. Je le redoutais à cause des chances d'insuccès et je l'attendais comme un bon soldat attend la bataille. J'ai dit que le fœtus avait une tendance à se coucher en travers dans le ventre de sa mère, sorte de hamac, et que dès juillet il semblait gros. La présentation redoutée se produisit. L'épaule s'engagea. Heureusement la poche des eaux était intacte et la conduite tracée. Agir par la version, lorsque la dilatation, qui marchait rapidement, serait complète; mais quand la dilatation serait-elle complète pour cet énorme enfant ? Les bords de l'orifice assoupli étant arrivés au voisinage des parois du bassin, et paraissant dilatables autant que le toucher digital permet de juger, je me décidai à intervenir. Il fallait d'abord rompre les membranes, ce que je ne pus faire avec le doigt, et ce que je fis aisément avec ma pince perce-membranes (voyez obs. LXVI). La main introduite, j'amenai le premier membre que je rencontrai, sans chercher à savoir si c'était une main ou un pied. Il n'y a aucun inconvénient et au contraire tout avantage à faire descendre d'abord une main dans le vagin. Le membre correspondant ne se relèvera pas.

J'abaissai donc un bras et avec lui j'eus la malechance d'amener dans le vagin un long bout de cordon dans lequel mes doigts s'étaient entortillés en pénétrant dans l'utérus. Pas de

temps à perdre. Ma main réintroduite saisit un jarret, puis l'autre,avec le doigt recourbé en crochet, et j'amenai les deux pieds à la vulve. J'avais passé en avant, le dos du fœtus étant en arrière. Me voilà donc assis devant cette femme placée dans la position obstétricale, regardant ces deux gros pieds qui promettaient un corps et une tête à l'avenant, le cordon qui pendait entre les cuisses, les aides qui se composaient d'un mari aveugle et d'une garde ci-devant concierge, réfléchissant à tout cela, et de plus à l'utérus qui se contractait faiblement et à l'orifice qui, au passage de la main, ne m'avait pas semblé aussi dilatable que le toucher digital le faisait croire. Fœtus bien vivant. Il fallait l'avoir. La mère était courageuse, disposée aux efforts les plus énergiques. Manœuvrer avec adresse, sans tergiverser, peut-être déployer une grande force, mais à propos, voilà ce qui était nécessaire. Il va sans dire que toutes les précautions avaient été prises pour ranimer l'enfant. Des linges prêts à m'être portés, brûlants, chauffaient dans le four de la cuisine. L'insufflation grossè d'inconvénients, à mon avis, est pour moi un appel en dernière instance.

Je passai un lacs sur le poignet du bras procident. Alors, saisissant une jambe, puis l'autre, avec un linge, je tirai d'abord doucement, et j'amenai, puis dégageai, la hanche antérieure. Le cordon battait; chose rassurante. D'ailleurs un cordon sans pulsations et même froid, n'implique pas la mort. Tout alla bien jusqu'au dégagement des bras et y compris ce dégagement, qui fut facilité par la présence dans le vagin de la main que j'avais primitivement amenée. Je mis une certaine lenteur dans cette extraction et ne tirai qu'au moment des contractions. En effet lorsque je travaillais dans l'intervalle des contractions, les efforts étaient, comme d'ordinaire, beaucoup moins efficaces ; de plus, les battements du cordon auquel je tâtais fréquemment le pouls devenaient irréguliers ou se suspendaient. Dès que je cessais les tractions, le rythme redevenait normal, la compression faniculaire cessant. Même lorsque la contraction me venait en

aide, la progression était lente et je fus, à ce moment déjà, contraint à de vigoureux efforts à la suite desquels on entendit un craquement dans l'une des jambes ou des cuisses.

Les épaules dégagées, je constatai que les pulsations du cordon étaient définitivement suspendues. Cependant le cœur battait ; mais malgré la remarque clinique faite plus haut, la cessation des battements funiculaires n'est pas de bon augure ; de plus le corps avait tressailli dans mes mains, indice d'efforts inspiratoires. Il fallait achever promptement. La force devenait nécessaire.

J'avais deux doigts dans la bouche comme le conseille Mauriceau; l'index et le médius de l'autre main étaient à cheval sur le cou. A chaque traction l'orifice utérin s'abaissait comme un anneau de caoutchouc et sa lèvre antérieure tuméfiée se montrait à l'orifice vulvaire. J'essayai de la faire refouler par la garde. Elle ne put y parvenir. Debout, entre les jambes de la femme, tenant entre mes mains cet enfant qui palpitait de plus en plus faiblement, je déployai toute l'énergie dont j'étais capable; mais épuisé par ces grands efforts, sans cesse obligé de m'arrêter, désespérant, et craignant outre la mort du fœtus qui me semblait inévitable, la déchirure de l'orifice utérin, je doutais du succès. Enfin, un suprême effort fit franchir à la tête l'orifice utérin, puis l'orifice vulvaire. L'enfant était flasque et blanc. J'eus l'inexprimable satisfaction de le ranimer et de le faire crier vigoureusement à l'aide de linges brûlants. Je puis dire, et l'expression est juste — que je l'ai arraché à son tombeau. — Il pesait 4 kgr. 960. La force déployée — j'allais dire la violence — avait été telle que j'appréhendais des lésions maternelles ou fœtales. La mère était indemne. Quant au fœtus — et cela donne une idée de mes efforts prolongés — il n'avait plus d'épiderme à droite et à gauche du cou, près de sa racine, à l'endroit où étaient appliqués en fourche l'index et le médius de ma main droite. J'ai examiné le membre qui avait craqué, sans y rien découvrir ; cependant il le remuait moins volon-

tiers que l'autre, et moins énergiquement, même trois semaines après l'accouchement. S'agissait-il d'une lésion épiphysaire ? Cela est admissible puisque les tractions s'exerçaient parallèlement au membre. Quoi qu'il en soit, j'ai entendu et perçu le craquement.

Suites de couches. — 36°8. Involution utérine rapide.

OBSERVATION V

Accouchements prématurés, spontanés et répétés sans cause connue. — Diagnostic de la rupture des membranes parfois impossible. — Conduite à tenir. — Maturité hâtive de certains fœtus. — Recherches à faire au sujet des glaires sanguinolentes.

1883. — S..., primipare, petite, fluette, bien conformée, est d'excellente santé comme son mari. R. T. : 26 Octobre. D. P. : 27 Juillet ; D. E. : 15 Août.

Grossesse. — Sans incident jusqu'au 8 Juin. A cette date contractions douloureuses se manifestant dans la nuit et allant *crescendo* jusqu'au matin. Appelé à ce moment je pus constater par la main posée à plat sur l'abdomen, les signes manifestes de contractions régulières. Ventre très souple dans l'intervalle ; O. I. G. A. très engagée. Au toucher, le col est diminué. Béant malgré la primiparité, il est perméable. Les membranes sont-elles intactes ? Mme S... se sent mouillée et le vagin est humide. J'atteins la tête directement. J'attends une douleur. La poche ne se forme pas. On ne peut songer à soulever la région fœtale pour que les eaux se précipitent entre elle et les parois de l'œuf, il y a trop peu de liquide. Pas de glaires sanguinolentes. Sur la surface lisse que mon doigt parcourt je cherche la sensation des cheveux. Elle est absente ; ce qui ne prouve pas que l'œuf

soit intact. Il y a tant de fœtus chauves, ou dont le léger duvet est aussi insaisissable qu'un cil vibratil. Le diagnostic reste donc en suspens. Qu'importe d'ailleurs? La conduite à tenir n'est-elle pas nette, qu'il y ait ou non rupture ? Voici une femme enceinte de 7 mois 11 jours au maximum, de 6 mois et 3 semaines au minimum, il faut, puisque le fœtus est vivant, tout mettre en œuvre pour arrêter le travail. Si l'œuf n'est pas ouvert, la grossesse peut reprendre son cours jusqu'à terme ; s'il est ouvert, l'enfant peut gagner jusqu'à trois semaines de vie intra-utérine, sans courir le moindre risque, et sans en faire courir à sa mère. Ce ne serait ni la première ni la dernière fois que je verrais, grâce à l'immobilité absolue, la gestation continuer malgré la rupture des membranes, durant un laps de temps relativement long et incontestablement profitable.

Traitement : repos au lit, à plat. Injection hypodermique de morphine ; quarts de lavements laudanisés si les contractions reviennent ou persistent. Je m'en vais en disant qu'il faut tout faire pour prolonger la grossesse, sans considérer comme cer ain le succès des remèdes employés. Si le travail continue, quoiqu'on fasse, l'enfant qui a 7 mois environ pourra, grâce aux soins, vivre et se développer.

Accouchement. — A la fin de la journée, les douleurs se ravivent, après diminution notable. Travail lent et latent ; mais efficace. Col effacé ; entre les bords minces de l'orifice une toute petite poche des eaux fait saillie, pareille à l'extrémité d'un doigt de gant. Les douleurs se rapprochent, s'accélèrent. C'est un accouchement qui prend le galop. N'ayant pu l'arrêter, je juge inutile de l'entraver encore. Je laisse faire la nature qui termine la besogne en quatre heures. Naissance d'un garçon qui crie et respire à pleins poumons ; il pèse 2.075 grammes.

Délivrance naturelle, complète. Mme S... ne perd pas deux cuillerées de sang. Le placenta est à l'un des pôles de l'œuf, l'ouverture à l'autre.

Suites. — Dès le second jour, l'enfant, dont le poids est tombé

à 1.835 grammes par l'expulsion du méconium, tette sa mère qui a grande envie de le nourrir. Pauvre nourrice. On donne du lait d'ânesse trait matin et soir à la porte de la maison. Pas de couveuse. La température extérieure étant de 27°, celle du berceau au moyen des boules chaudes arrive à 32°. Pariétaux souples. Suture sagittale large. Le quatrième jour, 1.800 grammes ; les pariétaux deviennent durs ; la suture sagittale se ferme. On cherche de suite une remplaçante.

Le sixième jour, voyant que l'enfant, malgré un gain de 10 grammes, jaunit, a les traits tirés, et que les pariétaux chevauchent, je donne ordre à la nourrice de se traire après les tétées et de les compléter par une, puis deux cuillers à café, du lait ainsi trait. L'enfant s'épuisait à tirer.

Le neuvième jour il prend 260 grammes directement en neuf tétées dont l'une atteint 50 grammes. Teint meilleur. Pariétaux mobiles et distants.

Le poids ne dépasse pas 1.825 grammes.

Le douzième jour l'enfant prend son essor.

1885. — Seconde grossesse. R. T. : 20 Juillet; D. P. : 20 Avril. D. E. : 9 Mai.

Accouchement prématuré, rapide, le 17 Mars. Age maximum de l'enfant (d'après mon calendrier) : 8 mois moins une semaine; âge minimum: 7 mois et 5 jours. Poids 2.500 grammes. Je n'ai pas vu le placenta. Point de glaires sanguinolentes. Pas de rupture prématurée.

1891. — Troisième grossesse. Troisième accouchement prématuré, à 7 mois et 3 semaines, âge maximum. L'enfant pesait 3.250 grammes, gros poids pour la durée de la vie intra-utérine.

Placenta et orifice ovulaire diamétralement opposés. Pas de glaires sanguinolentes. Pas de rupture prématurée.

1906. — Les enfants sont grands, bien portants.

Deux choses à noter dans cette observation : la maturité hâtive du dernier fœtus et les trois accouchements prématurés.

Les germes se développent plus ou moins vite. « Ne voit-on pas, « non seulement en une même contrée, et en un même champ, « mais aussi en un même cep de vigne, des raisins meurs plus « de dix semaines quelquefois avant le terme ordinaire... ce qui « se fait selon les terroirs, selon les différents regards du soleil », dit Mauriceau. La maturité hâtive n'est pas douteuse, puisqu'on élève, par exception, des fœtus qui ont à peine la viabilité légale, et d'un poids très faible : 900 grammes au plus, ce phénomène a été vu ; mais la maturité hâtive du fœtus ne précipite pas le terme de la grossesse. Autrement les naissances auraient lieu à des époques très variables.

Quelle fut donc la raison de ces trois accouchements prématurés ? La syphilis ? Les enfants étaient et sont sains. L'insertion vicieuse ? Deux fois au moins le placenta était inséré au fond de l'utérus. La rupture prématurée des membranes ? Elles ont éclaté pendant le travail. Je ne vois d'explication plausible que l'irritabilité utérine et la maturité de l'œuf qui, de toute évidence, n'est pas liée à la maturité du fœtus ni même à sa vitalité. L'œuf est comparable aux végétaux parasites. Il est attaché à l'utérus comme le gui à l'arbre. Il survit à l'embryon pendant des mois, s'il reste adhérent aux parois nourricières. S'il s'en sépare dans sa portion membraneuse, avant terme, une expulsion prématurée est à craindre même si la poche ne se rompt pas, même si le placenta inséré très haut n'est pas tiraillé ; mais, dira le lecteur, comment prouver que les membranes étaient décollées? Peut-être par l'absence de glaires sanguinolentes. Si j'ai noté le fait, c'est que déjà à cette époque je me demandais si les

glaires n'étaient pas constantes dans les accouchements retardés. Sanguinolentes, elles prouvent l'adhérence du segment inférieur de l'œuf tout au moins. En voit-on dans les accouchements prématurés par rupture de la poche, ou décollement placentaire, c'est-à-dire par tiraillement des membranes, théorie de Pinard? C'est une statistique à faire. Dans l'observation XLI le lecteur trouvera un remarquable exemple d'adhérence des membranes liée à la plus extraordinaire des inerties utérines, et à l'impossibilité absolue de provoquer le travail avant terme, sans rompre les membranes.

OBSERVATION VI

Hémorragies pendant la grossesse. — Albuminurie ou insertion vicieuse? — Mort du fœtus. — Tamponnement.

1884. — Avant-hier, 6 Septembre, on est venu me chercher à dix heures du soir, pour une femme qui avait perdu quantité de sang.

C'est la dixième grossesse. Cinq enfants conservés sur neuf. Très œdématiée, cette femme prétend n'avoir jamais été malade A noter cependant, une polyurie datant de quelques années. Trois vases seraient remplis pendant le jour, et deux la nuit. C'est excessif. Jamais d'œdème avant la grossesse actuelle. Diarrhées fréquentes.

R. T. : 7 Février; D. P. : 8 Novembre : D. E.: 27 Novembre. La malade est enceinte de sept mois au plus. Quelques varices, de fréquentes diarrhées et l'enflure des membres inférieurs ont signalé le cours de la grossesse. Œdème considérable et permanent ; c'est à peine s'il diminuait par le repos au lit. On ne peut donc l'attribuer aux varices, qui causent une infiltration passagère, presque nulle dans la matinée, très marquée le soir.

D'ailleurs il ne s'est pas limité aux jambes et aux cuisses ; à diverses reprises il a envahi les mains et les avant-bras, et la face était quelquefois bouffie au réveil. La respiration est restée libre, la vue et l'ouïe normales ; aucune douleur épigastrique spontanée. Donc pas d'œdème pulmonaire, pas d'imminence d'éclampsie.

Ainsi évoluait cette grossesse, menaçante pour la mère, albuminurique selon toutes prévisions, et exposée par conséquent aux convulsions ; menaçante pour le fœtus par les hémorragies placentaires toujours possibles.

Du 1er au 3 Septembre, l'enfant, jusque-là vivace, a cessé de remuer.

Le 6 Septembre, au réveil, malaise général, douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. Une sage-femme appelée, touche et déclare que ces douleurs ne sont pas celles du travail.

A 2 heures, tout à coup, hémorragie considérable qui ne s'arrête pas et dure toute la journée. Le matelas et le sommier auraient été traversés ; le plancher taché. On transporte la malade rue d'Assas, où elle arrive à 9 heures du soir. La perte a complètement cessé. Le transport depuis Boulogne n'a donc pas eu de fâcheux effet.

Femme pâle, déprimée. Pouls rapide. Pas de tendance à la syncope. Un peu de céphalalgie. Pas de bourdonnements d'oreilles.

Palpation impossible. L'utérus se contracte fréquemment; faibles douleurs. Dans l'intervalle on cherche, sans y parvenir, une région fœtale distincte. Auscultation muette.

Toucher : col effacé ; dilatation grande comme un franc. Les membranes bombent pendant les contractions. Elles sont lisses, et non rugueuses et le segment inférieur ne semble épaissi sur aucun point.

Œdème sus-pubien ; infiltration considérable des membres inférieurs. L'urine précipite instantanément par l'acide nitrique seul et se prend en masse par la chaleur.

Je suis indécis sur la cause des hémorragies : insertion vicieuse ou albuminurie ? mais ce n'est pas le moment de discuter les théories, si intéressantes qu'elles soient.

Quelle conduite tenir ? Hémorragies graves : tampon, disent les classiques. Bien que l'écoulement soit arrêté, je me décide à cette opération parce que la malade exsangue ne supporterait peut-être pas une seconde perte, d'autant plus à redouter que les albuminuriques sont parfois de véritables hémophiles.

Opération. — La vessie est vidée. Le rectum était libre. Le vagin est nettoyé, irrigué, rendu aseptique. La femme est mise dans la situation obstétricale. A ma gauche se place une infirmière avec un grand pot de vaseline stérilisée. Il en faut cinq cents grammes environ, disait le professeur Pajot. C'est vrai. A ma droite, une sage-femme me passera l'un après l'autre, les bourdonnets d'ouate hydrophile gros comme des noix, trempés dans la solution de Van Swieten et bien exprimés.

L'index et le médius de la main gauche réunis, touchant de leur pulpe, le segment inférieur, je prends de la droite une première boulette munie d'un fil double, solide, je la pétris dans la vaseline. Le tampon est un mur cimenté dont les bourdonnets forment les pierres et la vaseline le ciment. Je pose la boulette sur la face palmaire des doigts introduits; je la fais glisser avec le pouce de la même main, je m'aide avec l'index de la main libre. Les premiers bourdonnets sont les plus difficiles à mettre. Je les dispose aussi régulièrement que je puis; en couronne, bien tassés, tout au fond. Quand le vagin commence à s'élargir, l'opération devient plus facile. Je réunis les fils des vingt-cinq premiers bourdonnets en un paquet que je fais tenir sur l'une des aines pour ne pas être gêné, et je me sers de bourdonnets libres que je pousse au hasard des vides, jusqu'à sensation de résistance.

L'excavation se comble, le périnée bombe, la vulve s'entr'ouvre. Il faut quatre-vingt-deux boulettes de la grosseur d'une noix volumineuse pour arriver à ce résultat. L'opération est dou-

loureuse. Le tampon est repoussé au dehors par la sangle périnéale comme une région fœtale pendant l'expulsion. On le maintient avec un bandage en T. Je fais isoler la femme, car j'ignore si elle n'était pas infectée à son arrivée, et je recommande, si le travail se précipite, de la laisser expulser son tampon et son fœtus.

Le lendemain matin, on retire quelques boulettes pour vider la vessie. Tampon blanc et sec. Il n'y a donc pas eu hémorragie, ou, s'il y en a eu, la digue est infranchissable. Les urines se coagulent toujours en masse. Douleurs faibles. Contractions fréquentes. Cœur fœtal muet. Pouls rapide. Température normale. Je me décide à enlever le tampon, car si c'est une digue contre l'hémorragie, c'est aussi un arc-boutant contre l'expulsion d'un œuf, poussé par de médiocres contractions.

Les bourdonnets même profonds sont inodores. Ceux-là seuls sont imbibés. Leur extraction est très douloureuse. Les fils sont plus nuisibles qu'utiles. Il faut débrouiller cet inextricable écheveau, car enlever d'un coup la masse des vingt-cinq bourdonnets serait une torture, le vagin étant vif, rouge, desquamé, aussi douloureux qu'une brûlure. On a qualifié le tampon de traitement héroïque ! Soit ; mais quel supplice et que de portes ouvertes à l'infection sur cette muqueuse cruentée !

La dilatation égale cinq francs. Membranes intactes. Bien qu'elles soient lisses, je n'ose les déprimer pour explorer la région fœtale. J'ai, présente à l'esprit, l'histoire de cet accoucheur qui, en touchant, décolla un cotylédon. La femme, épuisée par les pertes antérieures, mourut lui laissant à peine le temps de retirer le doigt.

J'ordonne une grande injection d'eau boriquée, le sublimé étant intolérable en pareil cas; puis on rompra les membranes avec une pointe aiguë, et non avec le doigt. Tout effort pour les déchirer me semble dangereux ; on risquerait de décoller quelque cotylédon.

Avant l'exécution de cet ordre la poche éclate spontanément.

La femme expulse dans son lit un fœtus petit, mort et peu macéré, suivi presque immédiatement de caillots noirs volumineux, puis de l'arrière-faix.

Son examen prouve que la marge placentaire ne touchait pas le col. Elle occupait le segment inférieur; huit centimètres environ la séparent de l'orifice amnio-chorial.

Légère élévation de température avant le cinquième jour des suites. Pas d'accidents consécutifs. L'albumine disparaît graduellement sous l'influence de la diète lactée.

1892. — L'insertion vicieuse existait-elle ? Oui, si l'on considère comme ectopique tout placenta qui n'est pas fixé au fond de l'utérus. Dans mon observation il n'atteignait pas l'orifice interne. On aurait pu dire d'avance qu'il n'y avait pas contiguïté, parce que la poche des eaux était lisse. Au voisinage immédiat des cotylédons les membranes sont souvent rugueuses.

L'hémorragie était-elle produite par cette insertion basse ou par l'albuminurie ?

Chantreuil prouve par le fait suivant que l'albuminurie cause non seulement des hémorragies localisées, circonscrites, inter-utéro-placentaires, fatales au fœtus ; mais des pertes extérieures, graves pour la mère, dues au décollement cotylédonaire.

« Une femme fut prise à huit mois d'une perte tellement « abondante que je la tamponnai. Je crus à une insertion « vicieuse. Cette perte n'était pas la première. Accouchement « spontané quelques heures plus tard. Hémorragie très abon- « dante après la délivrance.

« L'inspection du placenta nous donne l'explication de ces « hémorragies. Si, comme nous l'avions pensé, elles avaient eu « leur cause dans l'insertion vicieuse, la déchirure des mem- « branes qui se fait au niveau de l'orifice utérin, se serait trou- « vée près de la circonférence du placenta; nous constatâmes « au contraire qu'elle était située dans la région de l'œuf la

« plus éloignée de cet organe ; celui-ci était donc inséré nor-
« malement. Mais le tissu même du placenta était rempli de
« foyers apoplectiques de différents âges, analogues à ceux que
« l'albuminurie produit souvent dans divers organes. Il n'est
« pas douteux que le sang, ainsi épanché entre l'œuf et l'uté-
« rus, ne se soit fait jour à l'extérieur en décollant les membra-
« nes de proche en proche. » (Chantreuil.)

Par sa précision, le fait est convaincant. La principale cause du décollement placentaire est-elle, comme le veut l'École, le tiraillement des membranes, ou l'expansion utérine ? C'est probable ; mais il y a certainement une autre étiologie des hémorragies, parce que j'ai vu le prétendu arrachement cotylédonaire dans deux cas où le placenta était au fond de l'utérus. L'albuminurie n'existait pas non plus (Obs. XXIV et LXVII).

C'est au tamponnement que j'ai eu recours pour arrêter l'écoulement sanguin. Un an plus tard, je ne m'en servais plus, et j'épargnais aux femmes ce cruel et dangereux supplice en adoptant la méthode Pinard, supérieure sans conteste. Elle consiste à rompre largement la poche, pour empêcher le tiraillement des cotylédons. Rupture large n'implique pas violence. On doit la pratiquer avec un instrument et non avec les doigts. A ce propos, on a pu remarquer les précautions dont je m'entourais pour toucher, l'extrême délicatesse, la frayeur de mes explorations. J'ai été élevé, ai-je dit, dans l'idée que l'insertion vicieuse est un *noli me tangere*, et je cite un fait qui semble prouver la réalité du danger. Je crois que la femme dont on racontait et dont on raconte encore l'histoire, pour frapper l'imagination des jeunes praticiens et les rendre prudents, serait morte qu'on l'eût touchée ou non. Je suppose, bien entendu, que l'examen a été fait sans brutalité. Comment ! une femme pourrait être saignée à blanc par un simple toucher, et les vieux maîtres recommandaient la dilatation graduelle et rapide de l'orifice avec la main et l'extraction prompte du fœtus pour arrêter les hémorragies ! Ce procédé qui leur donnait de brillants résultats parce qu'ils rompaient les

membranes, exigeait, dans bien des cas, une certaine violence. Non, cette femme qui mourut en un instant, était épuisée.

On avait *trop attendu*. Tout est là. Quel que soit le traitement auquel on se rallie, l'important est d'agir avant épuisement. Si Mauriceau n'a pu se consoler de la mort de sa sœur, si l'encre avec laquelle il écrivit son histoire, lui sembla faite de sang, c'est qu'il se reprochait de n'avoir pas osé à temps.

1907. — Lisez l'observation XCIX. Vous y trouverez réponse à la question que je me posais en 1892 sur l'étiologie des hémorragies placentaires.

OBSERVATION VII

Valeur du coup d'œil médical. — Nécessité des examens approfondis. — Recherche méthodique de la luxation congénitale, unilatérale, de la hanche.

LEÇON PROFESSÉE AUX SAGES-FEMMES DE LA CLINIQUE

Mesdames, l'observation et le bon sens sont les qualités maîtresses du clinicien. Instruites, expérimentées et observatrices, si vous avez en outre l'esprit de synthèse, vous pourrez *aventurer*, d'un simple coup d'œil, des diagnostics que l'examen approfondi justifiera.

Avoir l'esprit de synthèse, c'est, dans notre métier, conclure d'un ensemble de signes ou même d'un seul signe, à la catégorie dans laquelle rentre un malade. Ainsi, en voyant entrer une femme dans votre cabinet, il vous arrivera de penser : voici tel ou tel cas ; et souvent vos prévisions seront, je le répète, justifiées.

Ces succès, brillants devant une galerie de spectateurs, flattent la vanité d'un chacun, et donnent de l'aplomb ; mais rappelez-vous que les généralisations hâtives sont dangereuses, et que jamais, pour le bien des malades et dans votre propre intérêt, elles ne vous dispensent d'une exploration méthodique, d'une analyse attentive.

Cette restriction faite, convenons et prouvons que le coup d'œil médical a une haute et magistrale valeur.

Telle femme de front haut et bombé, à la mâchoire forte et prognathe, au buste court, vous paraîtra justement suspecte de rachitisme et de viciation du bassin, bien que peu contrefaite en apparence. Telle autre, rachitique pour l'œil le moins exercé, bossue en un mot, adressée peut-être à vos soins par un médecin que son seul aspect aura effrayé, vous donnera au contraire l'idée de la possibilité d'un accouchement favorable, à cause de sa bosse même ; les courbures de compensation que cette bosse entraîne, élargissant en règle le détroit supérieur. La cyphotique par mal de Pott, au tronc raccourci, aux bras longs, simiesques, la boiteuse unilatérale, adroite à dissimuler au moyen d'un corset ferme l'inflexion latérale du torse, et par un haut talon l'inégalité des membres inférieurs, la boiteuse bi-latérale qui a la démarche d'un canard pressé, et bien d'autres, n'échapperont pas à votre coup d'œil. Neugebauer, à la recherche d'un bassin rare, le spondylolisthésique (glissement vertébral), en a découvert un grand nombre, non seulement dans les musées d'Europe où ils étaient méconnus, mais dans la rue, chez des femmes qu'il rencontrait. Neugebauer a fini par poser le diagnostic d'après des photographies. Je vous cite son exemple, pour que vous compreniez la haute valeur du coup d'œil médical, et aussi pour que vous évitiez ses exagérations. N'affirmez pas à la légère, soyez en garde contre les diagnostics *de chic* et plus défiantes que saint Thomas, ne croyez qu'après avoir palpé, touché, interrogé, vu, de haut en bas, dans la station debout, assise, couchée, dans la marche, dans toutes les attitudes.

Je veux vous donner une leçon de choses et montrer ce que doit être un examen méthodique.

Voici une primipare infirme. Elle boite d'une manière spéciale. Le tronc se déjette à droite et s'infléchit de côté sur le bassin. Recherchons l'origine de cette claudication. A cinq ans elle ne se tenait pas facilement sur ses jambes et souffrait dans la hanche droite. Depuis cette époque elle aurait été obligée de s'aliter de temps en temps. Un repos de quelques jours la remettait. Ce renseignement précis a, comme vous verrez, grande importance. Passons à l'examen détaillé, *de visu*, la femme étant couchée.

Elle est de petite taille. Je note avec soin le fait, pour explorer plus tard le bassin au point de vue du rachitisme, complication possible de la boiterie. Cependant le visage n'offre pas ce que le professeur Pajot appelle justement « l'air de famille des rachitiques ». Pas de prognathisme ; pas de proéminence du front ; les dents sont grandes, régulières, bien formées, lisses. De plus, les tibias et les fémurs, sans être bien faits, ne présentent pas de courbure marquée. Il est vrai que les jambes et les cuisses ne sauraient être mises en contact parallèle, mais cette imperfection peut avoir, surtout chez une boiteuse, d'autres causes que le rachitisme qui, décidément, ne semble pas exister. Je répète que cela ne m'empêchera pas de le chercher encore en explorant la cavité pelvienne.

Je rapproche l'une de l'autre, et j'unis les malléoles internes de façon que le vide qui sépare les membres inférieurs en contact, se trouve dans l'axe médian du corps. Ces précautions classiques prises pour éviter les erreurs, je constate que cette boiteuse semble avoir des membres d'égale longueur ; mais sachez qu'il suffit, au lit, d'une légère inclinaison du bassin pour mettre d'accord les pieds et masquer ainsi les raccourcissements. La mensuration n'est pas plus démonstrative. Je prends un mètre, je mesure la distance qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure de la malléole externe correspondante. Il n'y a aucune différence.

Examinons à présent les membres au point de vue des altérations que les maladies capables d'engendrer la boiterie ont pu y laisser. La peau est saine de haut en bas, à droite et à gauche. Aucune cicatrice, trace indélébile des abcès ossifluents. Pas d'atrophie musculaire. La coxalgie, la paralysie infantile, sont donc hors de cause. Cette femme a vingt-trois ans ; les difficultés de la marche datent de l'âge de cinq ans. Il est douteux, étant donné la condition sociale et l'absence de traitement, qu'une coxalgie n'eût pas évolué dans ce laps de temps, et notez bien ce que dit cette femme : « Je souffre, je suis obligée de me reposer de temps en temps, mais je n'ai jamais été malade. »

Elle a souffert dans la hanche droite, et souffre encore de temps à autre, par surmenage il est vrai. Ailleurs aucune douleur. Je ne connais que la luxation coxo-fémorale congénitale qui soit conciliable avec une boiterie remontant à l'enfance, sans souvenir d'accident ni de maladie ; aussi la mémoire de souffrances originelles m'arrête. J'ai vu des petits enfants atteints de luxation congénitale unilatérale. Ils boitaient; mais ne se plaignaient pas.

Ici, Mesdames, une digression est nécessaire : cette femme, vue par plusieurs candidats au Bureau central, par le chef de service, par des compétences enfin, a été, uniformément et d'emblée, après exploration rapide, jugée *ex cathedra*, atteinte de luxation congénitale évidente.

J'en ai fait autant *a priori*, et puis, prenant mon temps, ouvrant mes yeux, analysant avec minutie le cas, je me suis ravisé. Si bien que je n'admets plus que cette luxation — car c'est une luxation ou une subluxation — soit congénitale. Le cas n'est pas du tout typique. Aucun signe pathognomonique ne permet d'affirmer cette congénitalité, qui d'abord semble sauter aux yeux.

Pour moi, il y a quatre signes de la luxation congénitale type : 1° la boiterie sans douleurs dans la première enfance ; 2° le roulement facile, de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe, perçu par le médecin ; 3° l'ascension du grand trochanter, avec toutes les déformations visibles ou palpables

qu'elle entraîne ; 4° le relâchement général des articulations du malade.

Or, ni l'un ni l'autre de ces signes n'existent dans notre cas. Recherchons-les. Vous en aurez la preuve.

La boiterie de cette femme a été et est encore accompagnée de souffrances.

Les articulations saines sont-elles relâchées? Examinez les doigts surtout. Aucun des mouvements de flexion, ni surtout d'extension des phalanges les unes sur les autres, n'est excessif. On voit des cas où les malades même adultes disloquent leurs doigts à volonté, et pour ce qui est de l'articulation coxo-fémorale, je me rappelle un enfant dont on déboitait et remboitait le membre à volonté. La capsule articulaire et le ligament rond étaient trop longs ; ces laxités extraordinaires sont constantes d'après ce que j'ai vu ; mais je n'ai pas tout vu. Continuons l'examen.

La femme étant toujours dans le décubitus dorsal, regardez le membre dont elle souffre, le droit, de la hanche au pied. Contrairement à la règle, la hanche ne forme pas de saillie nettement appréciable. De plus, ce membre droit qui devrait être plus ou moins atrophié — les pièces osseuses de nos musées et les photographies font foi à cet égard — est aussi robuste en apparence que son congénère.

Maintenant, je glisse la main à plat sous la région lombaire, et quoique j'aie pris soin de faire coucher la femme sur un plan dur, quoique les membres soient en extension absolue, je ne constate pas l'ensellure, la lordose lombaire caractéristique de l'antéversion du bassin.

Explorons la motilité. J'empoigne la jambe droite avec une main ; avec l'autre je saisis la cuisse pour la diriger à mon gré. Flexion et adduction faciles. Abduction douloureuse. Le membre gauche exécute sans difficulté les mêmes mouvements.

Reste la circumduction, bien importante en pareil cas, parce qu'elle permet de sentir, et, pour ainsi dire, d'entendre le roulement de la tête fémorale, déplacée. Je tiens le genou droit dans

une main ; j'applique l'autre sur le grand trochanter. J'ébauche le mouvement, mais je suis réduit à tracer un petit arc de cercle à cause de l'abduction douloureuse. Je ne sens aucun roulement. A gauche, pas davantage ; mais l'arc de cercle se décrit en grand et en toute liberté.

Maintenant j'explore le pli de l'aine droite ; j'y cherche un vide correspondant à la tête fémorale absente. Il n'y a pas de vide ; les deux plis ont une même consistance ; mais le droit est sensible.

Passons au signe de Nélaton, l'un des meilleurs avec la sensation de roulement. La femme se place dans le décubitus latéral gauche, d'abord. Je mets un pouce sur l'épine iliaque antéro-supérieure droite, un pouce sur l'ischion. Je fais mouvoir la jambe *droite* par l'une de vous. Le grand trochanter se trouve sur la ligne qui unit mes deux repères. Peut-être est-il un peu remonté ; mais il faut se défier des opinions préconçues. En tout cas il n'y a pas grande différence entre le côté sain et le côté malade.

Je fais coucher la femme sur le ventre. Aucune déformation ni déviation apparente du sacrum ; le sillon inter-fessier est droit, les sillons fémoro-fessiers sont symétriques et aussi marqués l'un que l'autre, mais la fesse droite (côté douloureux) est plus grosse que la gauche.

Mettons la malade debout dans l'immobilité. La fesse droite est beaucoup plus volumineuse et plus saillante que la fesse gauche. Le mollet droit est aussi plus développé. Notez qu'on devrait trouver l'inverse suivant les auteurs.

La femme marche. Le pied droit n'est pas dans la rotation en dehors. Il pose à plat comme l'autre. Suivant la description classique, les malades atteintes de luxation unilatérale marchent tantôt sur les orteils du membre infirme ; c'est une façon de corriger le raccourcissement ; alors le genou du membre sain se fléchit normalement ; tantôt elles posent sur le sol la plante

du pied ; alors à chaque pas la flexion du genou du membre sain est exagérée.

Chez notre malade, qui marche de plain-pied, l'inverse a lieu. Chose curieuse, plus déroutante que le reste, elle fléchit davantage le genou du membre lésé. En même temps le tronc est déjeté à droite, se courbe latéralement, et un pli profond se forme au-dessus de la crête iliaque. Je vous ferai remarquer que ce ploiement du genou du membre lésé accentue la boiterie. Cette femme se laisse aller. Une autre, habile à dissimuler ne serait pas aussi claudicante, avec les lésions peu étendues par nous constatées.

Dernière investigation : je prie cette malade de sauter à cloche-pied. Elle ne peut le faire que sur la jambe gauche ; mais quand je lui demande si dans la station debout elle se tient toujours sur cette bonne jambe, elle ne répond pas catégoriquement. Il est probable, étant donné le développement musculaire du membre droit, qu'il est actif quand la douleur est nulle.

Le moment est venu de l'examen obstétrical. L'antéversion du ventre fréquente dans ce genre d'infirmités, surtout chez les boiteuses bi-latérales à forte ensellure, est peu prononcée. Aussi le fœtus n'est pas roulé sur lui-même en boule ; il conserve sa forme ovoïdale et se présente non en position transversale du sommet, mais en droite postérieure, situation avantageuse si le pelvis est, suivant la règle des bassins viciés par claudication, plus large du côté malade que du côté sain.

Pour vous faire comprendre ce que je viens de dire, j'ai choisi deux bassins typiques dans la collection Depaul. L'un et l'autre frappent d'abord par leur déformation oblique. On dirait qu'un des côtés a été relevé et l'autre abaissé. La ceinture osseuse est de travers. Le plan du détroit supérieur est incliné. Ensuite ce qui saute aux yeux c'est l'asymétrie. Elle a valu à ces bassins le nom d'ovalaires. Remarquez avant tout le fait clinique important sur lequel insistent nos maîtres : le côté malade est plus large que le côté sain. Dans une autre variété du bassin oblique

ovalaire par arrêt de développement d'une moitié du sacrum, le côté sain est le plus large ; l'autre est atrophié. N'oubliez pas cela, et rappelez-vous aussi que cette seconde variété connue sous le nom de Nœgele constitue la plus redoutable des viciations pelviennes, tandis que le bassin oblique ovalaire par claudication est la plus inoffensive *à condition de ne pas se compliquer de rachitisme.*

Vous vous souvenez du soin avec lequel j'ai cherché le rachitisme chez notre malade. N'y manquez jamais ; certaine querelle entre deux vieux maîtres est à cet égard instructive. Ils disputaient fort et ferme, l'un disant que les boiteuses accouchent aisément; l'autre, qu'elles accouchent difficilement. Or, tous deux avaient raison ; le second avait vu des bassins compliqués, que le hasard des rencontres avait épargnés au premier. Je cherche donc encore le rachitisme par le toucher. Je pousse le doigt très profondément et ne rencontrant aucune résistance osseuse, j'en conclus qu'il n'y a pas de rachitisme. Je promène le doigt sur les flancs de l'excavation. Elle est spacieuse surtout au détroit inférieur. C'est la loi. Maintenant je cherche à me rendre compte de l'asymétrie. Pour cela je touche alternativement des deux mains. L'index droit explore la moitié droite, puis l'index gauche la moitié gauche. L'engagement de la tête gêne mon examen, et je ne suis en définitive renseigné que sur la capacité générale du bassin, plus que suffisante pour un accouchement spontané à terme. Sachez, d'ailleurs, que cette appréciation de l'asymétrie est peu rigoureuse et sujette aux illusions, hors les cas où elle est très marquée. *A priori*, elle ne doit pas l'être chez notre malade qui dans la station debout ne se tient pas exclusivement sur la jambe gauche. Hubert de Louvain attribuait l'aplatissement du côté sain à la pression continue du membre valide, et Léopold donne raison à cette ingénieuse théorie, en affirmant d'après les pièces anatomo-pathologiques que cette déformation existe chez l'adulte seul.

J'en ai fini, Mesdames, avec cette femme que j'ai qualifiée

LIBRARY 1908

de déroutante. Il s'agit probablement d'une subluxation d'origine accidentelle. Vous avez vu que la malade ne présentait pas les signes évidents du déboitement et qu'elle contredisait les descriptions classiques de la congénitalité. J'aurai, je l'espère, l'occasion de vous montrer des exemples typiques de cette lésion. J'en ai donné les signes ; je vous ai appris comment on les recherchait, et en les recherchant moi-même sur cette boiteuse qui nous semblait *a priori* un exemple caractéristique de luxation congénitale, j'ai constaté qu'en pathologie, à côté des cas conformes aux descriptions classiques, il en est d'autres qui s'en écartent et sur lesquels la nécropsie peut seule faire la lumière (1).

En l'espèce, comme disent les avocats, mon indécision n'a pas grande importance et l'erreur commise par ce que j'appelais tout à l'heure, le coup d'œil médical, n'en a pas davantage. Pour cette femme, en effet, le point de vue obstétrical seul importe et nous savons que son bassin se prêtera à une facile parturition ; mais en d'autres occasions l'erreur cause les plus sérieux préjudices. De quels remords ne seriez-vous pas poursuivies, si cette erreur grave venait d'une simple faute d'attention et d'une trop grande confiance dans votre savoir ?

OBSERVATION VIII

Ankylose du genou droit. — Bassin asymétrique. — Accouchement spontané. — Influence de l'attitude sur la rapidité du travail. — Perte prolongée du méconium sans altération du rythme cardiaque.

1884. — N..., âgée de 34 ans, tertipare, entre le 25 Septembre à la clinique. Les deux premières grossesses se sont termi-

1. Les rayons X n'étaient pas découverts.

nées l'une à 3 mois, l'autre à 7 mois 1/2. Enfant né mort et macéré. Je recherche de suite les antécédents spécifiques possibles, sans en trouver. Suivant cette femme, le père, qui est le même pour les trois gestations, n'aurait et n'a eu ni cicatrices ni éruptions d'aucune sorte. Il n'a jamais suivi de traitement spécifique. L'avortement et l'accouchement prématuré sont attribués par N... à des chutes, auxquelles son infirmité l'expose.

Elle est infirme en effet. Après avoir marché de bonne heure et continué à marcher, jusqu'à cinq ans, elle s'est alitée pendant un an et a fait usage de béquilles à partir de six ans. Elle était tombée sur le genou.

Les dernières règles se sont terminées au milieu de Janvier. La grossesse a suivi son cours normal.

Femme petite. Jambe gauche musculeuse. Jambe droite atrophiée; à demi fléchie. Pied dans l'abduction. Ankylose du genou droit. Aucun signe manifeste de scrofule.

Le pied est étendu sur la jambe; cette femme rentre dans la catégorie des boiteuses qui marchent sur les orteils du membre le moins long pour diminuer le raccourcissement.

Les deux articulations coxo-fémorales sont libres. Elles se meuvent en tous sens.

La colonne vertébrale est déviée latéralement. Les scolioses qui s'observent chez les boiteuses sont des scolioses de compensation dues au défaut d'aplomb du bassin, quand le rachitisme ne les explique pas. Elles ne sont pas constantes. Leur existence, leur degré, dépendent sans doute de l'obliquité du bassin.

La courbure de cette scoliose est allongée. Les côtes sont déformées au voisinage du sternum. Saillantes à gauche, elles bombent. Les droites sont aplaties.

Dans la station debout, le poids du corps porte sur le membre sain dont la fesse et généralement tous les muscles sont développés en conséquence. La femme se sert d'une béquille.

Pendant la marche il n'y a pas de déhanchement comme dans les luxations coxo-fémorales.

Au palper, présentation temporaire du sommet en O. I. D. T. L'abdomen *pendulum* explique l'attitude du fœtus. Il est roulé en boule.

Au toucher, le bassin ne paraît pas antéversé. Le côté droit est manifestement plus large que le côté gauche. Notable écart de la branche ischio-pubienne droite.

Très loin, avec un doigt poussé à fond, on atteint la face antérieure du sacrum. Donc le rachitisme a vicié le pelvis.

L'accouchement se fait le 3 Octobre. A 8 h. 1/2 du matin, je trouve cette femme assise sur son lit, perdant des glaires et de l'eau teintées en vert et de mauvaise odeur. Elle ne semble pas souffrir, bien qu'elle se plaigne depuis le milieu de la nuit. On obtient difficilement d'elle, de s'étendre sur le dos. La raison en est simple. Dès qu'on la fait coucher, les douleurs prennent de l'intensité. Dès qu'on la met sur son séant, les douleurs s'atténuent. L'utérus étant antéversé, la femme en s'asseyant et se penchant en avant, empêche la région fœtale d'appuyer sur le segment inférieur et les bords de l'orifice. Le réflexe utérin n'est pas excité.

La présentation temporaire est devenue définitive ; mais l'engagement est peu profond. L'énergie des battements fœtaux n'est pas diminuée, ni leur rythme altéré, malgré l'expulsion du méconium que la teinte verdâtre des eaux annonce.

J'ordonne des injections antiseptiques et je conseille à la femme de rester étendue sur le dos, d'abord dans l'intérêt de son enfant exposé par l'écoulement du liquide amniotique, et déjà souffrant, si l'on juge d'après la couleur des eaux, ensuite dans son propre intérêt, pour en finir plus vite ; mais cette femme n'a qu'une idée, souffrir le moins possible. Bien qu'à 8 h. 1/2 du matin la dilatation fût plus grande que cinq francs, l'accouchement ne s'est terminé qu'à 1 h. 1/2, spontanément.

L'enfant est sorti vivant et vivace. Il continue à se bien porter. Poids : 2.600 grammes. Asymétrie de la voûte cranienne

très marquée. Aplatissement du pariétal droit; convexité du pariétal gauche.

1891. — Si cette femme m'avait écouté, elle serait accouchée plus tôt. L'attitude a pour certaines parturientes une importance capitale. Lorsque l'utérus a une mauvaise direction, on accélère ou on ralentit les contractions à volonté. Il suffit de redresser l'utérus pour l'éperonner. La concordance des axes utéro-pelvien et fœtal assure la régularité du travail. Cette femme démontre le fait. J'en ai vu beaucoup d'autres exemples. Il m'est arrivé, appelé en consultation pour un travail lent, de le précipiter par un changement d'attitude. On évite des interventions graves par ce simple procédé.

Ce n'était ni la première ni la dernière fois que je voyais, que j'ai vu, et verrai, le liquide amniotique teinté en vert et même puant sans altération du rythme des battements fœtaux. Est-ce à dire que cette coloration n'indique pas toujours un état de souffrance de l'enfant? C'est possible ; mais il est imprudent d'y croire. Le cœur d'un fœtus peut battre avec régularité et ce fœtus souffrir. La vitalité va s'amoindrissant. Si la situation se prolonge, le fœtus même né spontanément, et bien vivant, meurt parfois dans les jours qui suivent la naissance,des suites de ses souffrances intra-utérines. A plus forte raison est-il exposé par les chocs opératoires d'autant plus dangereux que l'intervention est plus retardée.

Pour ces raisons il est et demeure indiqué d'intervenir aussi tôt que la dilatation le permet, quand les eaux sont teintées de méconium et de considérer l'enfant comme exposé.

J'ai été témoin à l'hôpital du fait suivant, fort instructif à cet égard : femme en travail, secondipare, tête à la vulve, draps de siège teintés en vert. On m'apprend que cette coloration s'est révélée dix-huit heures auparavant, c'est-à-dire la veille au soir, peu après la rupture spontanée. Je connaissais cette femme

pour l'avoir examinée au service des femmes enceintes. Le bassin était légèrement vicié, la tête non engagée. On m'affirme que la dilatation vient à peine de se compléter et que d'ailleurs, les battements du cœur étant réguliers, le fœtus n'est pas exposé. Ainsi s'exprime une élève sage-femme à laquelle je réponds : « Ce n'est pas sûr. Un enfant est parfois atteint dans les sources de la vie, bien que le cœur soit régulier. Dans la clientèle vous devriez en pareil cas porter un pronostic très réservé. Nous allons voir. En tous cas étant donné le temps qui s'est écoulé depuis la première manifestation de souffrance, c'est-à-dire la coloration verte, je suis bien aise de n'avoir pas à intervenir. Le moindre choc tue ces fœtus, tant leur existence est précaire. »

J'engage la femme à pousser. Les battements étaient nets et rythmés. L'enfant (2.310 grammes) est expulsé, fait trois inspirations et meurt. Toutes tentatives pour le ranimer sont infructueuses.

OBSERVATION IX

Foramina mammaires et mamelons minuscules accessoires.

1884. — Voici une curiosité scientifique dont le hasard m'a rendu témoin. Le 22 Août 1884, une femme âgée de 28 ans accouchait à la Clinique. Le lendemain de la montée du lait, elle se plaignit d'avoir une grosseur sous le sein droit. En effet, en avant des dernières côtes existait une tumeur. Indépendante de la peau, indolore à la pression, elle donnait, par le palper, la sensation d'une glande mammaire. La présence de nombreux *acini* perceptibles à travers la peau mettait le fait hors de doute, et le diagnostic fut confirmé par la singularité suivante : en regardant très attentivement la surface

cutanée, on apercevait une petite élevure à peine aussi grosse que la tête d'une épingle, non pigmentée, ressemblant à s'y méprendre à un *sudamen*. En pressant sur les *acini*, j'ai fait sourdre, à l'extrémité de ce mamelon minuscule, une goutte de liquide blanc jaunâtre ; c'était un mélange de colostrum et de lait.

D'autre part, dans l'aisselle droite, depuis la partie externe supérieure de la mamelle, jusqu'à l'extrémité brachiale du creux axillaire, au-dessous et le long du grand pectoral, on trouvait trois petites tumeurs échelonnées, formées également de tissu glandulaire. La peau fut attentivement explorée. Aucune apparence de mamelon ; mais l'œil finit par découvrir, sur la corde tendue du bord inféro-externe du grand pectoral, un *foramen* allongé, en forme de fente, s'offrant sous l'aspect d'un orifice fistuleux, linéaire, presque microscopique, de deux millimètres environ. L'effleurage avec la pulpe du médius permettait de constater une très légère élevure cutanée à ce niveau. La pression de la tumeur la plus voisine fit sourdre une goutte de lait à l'orifice. Il s'agissait donc d'un *foramen* mammaire.

Enfin, du côté gauche, dans le creux axillaire, existait une masse glandulaire unique, moins considérable que le groupe des masses observées à droite. Avec de la patience et de bons yeux, je trouvai, au milieu des poils, un pertuis analogue à celui du côté opposé, second *foramen*, car il laissait suinter du lait à la pression de la masse glandulaire.

Accouchée en 1876 à l'ancienne Clinique, cette femme se souvenait d'avoir eu le dessous des bras engorgés, mais elle ne se rappelait pas avoir constaté sous le sein droit la petite tumeur, sur laquelle existait le mamelon minuscule.

Chaque fois que cette femme donnait à téter, les *acini* des divers groupes accessoires, sous-mammaires et axillaires, se vidaient par les mamelles principales. Ils correspondaient donc avec elles, et j'en conclus qu'il s'agissait de prolongements glandulaires et non de glandes isolées, indépendantes.

Cette femme phénomène était une rousse à la peau fine, au visage maculé de taches de rousseur.

Le 17 Août 1884, une autre femme était accouchée pour la cinquième fois à la Clinique. Le lait monta, suivant la règle, vers la quarante-huitième heure. Le troisième jour, les seins étant gonflés, une petite masse glandulaire fut reconnue dans l'aisselle droite, près du sommet. Elle communiquait, avec l'extérieur, par un pertuis de la forme précédemment décrite. C'était un *foramen* mammaire situé au bord du grand pectoral. A la suite des quatre parturitions précédentes, ladite grosseur axillaire a été sentie par la femme.

Le 14 Août de la même année, une troisième femme avait accusé, au moment de la montée du lait, une douleur sous le bras gauche. Là existait un groupe d'*acini* axillaires, gros comme une amande, et pour la perception duquel il fallait mettre le bras en croix. Cette glande accessoire s'ouvrait au sommet de l'aisselle par un *foramen* analogue à ceux que j'ai décrits. Le lait s'en échappait à la pression.

1892. — J'ai désigné sous le nom de *foramina* ces orifices mammaires à fleur de peau, pour les distinguer des mamelons accessoires, souvent volumineux, parfois presque invisibles, minuscules comme le prouve le fait cité plus haut.

D'observation semblable, je ne connais que celle de Hare, cité par Otto Engström, d'Helsingfors, dans son travail sur les glandes mammaires de la femme publié par les *Annales de gynécologie* en 1889. Hare aurait signalé le fait en 1860 dans le journal *Lancet*. Voici comment s'exprime le professeur finlandais au sujet de cette variété de glandes supplémentaires dont un examen méticuleux et peut-être un heureux hasard m'ont permis de découvrir quatre exemples sur trois femmes différentes à quelques heures de distance :

« Il y a encore des cas de mamelles supplémentaires qu'il est

difficile de reconnaître sur le sujet vivant à moins de circonstances particulièrement favorables. Ce sont les mamelles surnuméraires sans mamelon. Tel est un cas rapporté par Hare : la mamelle en question était de la grosseur d'une noix et située dans l'aisselle droite. Il n'y avait pas trace de mamelon et le lait s'écoulait par une toute petite ouverture à peine plus grosse que les pores de la peau. La femme avait antérieurement mis au monde et allaité six enfants ; ce n'est qu'au septième qu'elle remarqua le gonflement et la sécrétion du lait dans l'aisselle. »

Je rapproche cette remarque de Hare de ma première observation. La femme rousse se rappelait qu'elle avait eu le dessous des bras engorgés lors de sa précédente couche. C'est là que je découvris deux *foramina*. Elle n'avait pas remarqué la tumeur placée sous le sein droit. Ce groupe d'*acini*, muni d'un mamelon minuscule, ne s'est révélé qu'après le second accouchement. D'où vient cette singularité? Je l'explique de la façon suivante :

On admet qu'à chaque grossesse la mamelle pousse ses racines un peu au hasard, à travers la couche graisseuse, suivant des directions variables. Les glandes surnuméraires doivent en faire autant ; mais, suivant moi, tantôt elles communiquent, tantôt elles ne communiquent pas avec les rameaux de la glande principale. Si l'inoculation a lieu, le groupe accessoire se révèle à la femme par un gonflement notable, la douleur ou la gêne. Si l'anastomose manque, la sécrétion est assez faible pour passer inaperçue. Il est écrit dans mon observation que les groupes accessoires se vidaient à chaque tétée par la glande principale. Ce fait prouve la communication. Notez bien qu'il ne s'agissait pas de simples diverticules de la mamelle mère, mais de petites mamelles filles semées aux alentours comme autant de graines inaperçues, et munies, à l'image de toute glande indépendante capable de se suffire à elle-même, d'un canal excréteur percé d'un *foramen* ou coiffé d'un mamelon minuscule, appareil difficile à découvrir, mais nettement constaté.

Je ne crois pas devoir discuter l'opinion qui pourrait faire, de ces systèmes isolés, des glandes sébacées, momentanément déviées de leurs fonctions, transformées en glandes mammaires. La physiologie admît-elle semblables modifications des sécrétions, l'appareil excréteur, par son immuabilité, lui donnerait un démenti. Je ne sache pas que les orifices sébacés se soulèvent en mamelons, et leur bouche punctiforme ne ressemble pas au *foramen* linéaire. En somme, suivant moi, les petits groupes accessoires, toujours voisins de la mamelle, existent en tout temps, se développent plus ou moins à chaque grossesse, mais peut-être qu'ils ne fonctionnent ou du moins ne révèlent leur présence qu'à condition de devenir prolongement de la mamelle par anastomose.

Je dois mes observations à un heureux hasard. On remarquera, en effet, que les trois femmes sont accouchées presque en même temps ; j'ai assidûment recherché pendant plusieurs semaines des cas semblables. Je n'en ai pas rencontré. En même temps que ces trois femmes, j'en avais une quatrième en possession d'un des plus gros mamelons sous-mammaires, surnuméraires, que l'on puisse voir. N'ayant pu poursuivre mes recherches je ne me prononce pas sur la fréquence des *foramina* et des mamelons minuscules accessoires.

OBSERVATION X

Prolapsus utérin pendant la grossesse. — Mutation de présentation après engagement de la tête. — Siège décomplété mode des genoux. — Rupture des membranes au-dessus de l'orifice.

1884. — Y... entre à l'hôpital, le 4 Août à minuit, pour une tumeur qui s'échappait par la vulve.

Sixième grossesse en douze ans. Elle se croit parvenue au huitième mois. Accouchements à terme et spontanés sauf un ter-

miné par le forceps. Trois jours de lit après chaque couche. Jamais plus. Date précise des dernières règles, inconnue.

Le 14 Juillet dernier, à la suite d'un effort peu violent, première perception d'un corps gros et douloureux entre les cuisses. Tâtant et regardant de son mieux elle vit ou tout au moins sentit une tumeur grosse comme un œuf de poule qui faisait saillie. Elle s'assit et resta dans cette situation malgré la souffrance. La tumeur se réduisit peu à peu, spontanément, de cette façon.

Le 4 Août, à la suite de maux de reins, de pesanteur au fondement, symptômes qui n'avaient pas précédé l'accident du 14 Juillet, la tumeur apparut plus volumineuse, avec douleurs de ventre semblables à celles de l'accouchement.

Elle se fit transporter à la clinique. Là, tentatives immédiates, énergiques et infructueuses de réduction.

Le 5 au matin je l'examine.

Une tumeur grosse comme une forte orange saillait des grandes lèvres. Manifestement constituée par l'utérus elle offrait au centre, l'orifice cervical béant donnant accès dans un canal à parois épaisses et qui n'en finissait pas. Un lambeau de muqueuse, peut-être arraché pendant les rudes manipulations de la veille, pendait.

Je tentai d'abord, avec grande douceur, la réduction directe de toute la masse, sans succès.

Alors, j'explorai attentivement la tumeur à son pourtour, et voyant qu'il y avait en arrière un bourrelet très tendu, très serré, formé au niveau de la commissure postérieure par le prolapsus de la cloison recto-vaginale, je réduisis d'abord ce bourrelet et sitôt qu'il eut disparu, le reste de la tumeur suivit avec la plus grande facilité. La femme qu'on avait dû sonder la veille, expulsa presque aussitôt et spontanément une notable quantité d'urine.

Le soir du même jour, après un décubitus dorsal rigoureux suivant affirmation de la malade, je constate par le toucher que le col est assez profondément remonté. Il est gros, mou, per-

méable et situé en arrière. La paroi vaginale antérieure forme un gros pli épais. A travers le segment inférieur on sent la tête, très engagée, et par le palper, le fond de l'utérus à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le front est accessible à droite.

Rien de spécial à noter à l'examen général, sauf la présence d'un mamelon supplémentaire bien développé, pigmenté, plus gros qu'un très gros pois, situé sur les fausses côtes au-dessous du sein gauche.

Du 5 Août au 3 Septembre un événement digne d'attention est constaté. A diverses reprises non seulement la position mais la présentation de l'enfant change. La tête descend jusqu'au voisinage du plancher pelvien, puis remonte, s'échappe de l'excavation, glisse dans les fosses iliaques et de là sous le foie. Le prolapsus ne se reproduit pas. Version par manœuvres externes aisée. Je m'abstiens de mettre une ceinture pour ne pas favoriser l'abaissement de la matrice.

Le 3 Septembre, perte d'eau dont l'odeur est celle du liquide amniotique. Le fœtus se déplace, se présente par le siège puis se remet en présentation du sommet. Aucune douleur. Décubitus dorsal rigoureux pour que l'œuf ne se vide pas complètement.

Le 5 Septembre, je constate que la tête qui s'était encore une fois engagée, a de nouveau quitté l'excavation. On la perçoit par le palper dans le flanc droit. La femme souffre ; ce début de travail avec présentation vicieuse me fait regretter d'avoir moins pensé à l'enfant qu'au prolapsus, et négligé de maintenir avec la ceinture d'aussi inconstantes présentations.

L'orifice utérin se dilate. On y sent un petit membre plié. Pli du coude ou du jarret ? En raison du peu d'éloignement de l'extrémité céphalique j'incline pour le coude ; mais quelques instants plus tard, le fœtus se redresse sous l'influence des contractions, la tête remonte dans l'hypochondre et le petit membre plié ne quitte pas l'orifice, s'y engage même. C'est donc un genou, la plus rare de toutes les variétés de présentation du siège.

Elle se maintient et le genou descend. Contractions espacées et peu énergiques. Le 7, après quelques vives douleurs un enfant vivant est expulsé. Son poids de 3.120 semble prouver que la grossesse était plus avancée que ne le croyait la mère. Je dis — semble prouver — parce que je suis convaincu que les fœtus se développent plus ou moins vite, suivant la nature des femmes, leur âge, le nombre des grossesses antérieures, et par d'autres raisons ignorées.

Cet accouchement a été l'occasion de quelques finesses de diagnostic assez intéressantes. Un externe, bon observateur, avait constaté une poche des eaux, malgré l'écoulement assez abondant de liquide amniotique ; mais cette poche n'avait pas la consistance habituelle. Elle était mince, un peu flottante, ne se tendait pas pendant les contractions, disparaissait par intervalles, et donnait la sensation d'une toile d'araignée. Il en conclut que l'œuf était rompu au-dessus de l'orifice et que les membranes restaient appliquées sur le membre fœtal, tantôt collées à lui, tantôt séparées. La réalité de cette sensation de toile d'araignée flottante, et le bien-fondé des conclusions furent démontrés par les événements qui suivirent et l'examen de l'arrière-faix.

L'aide sage-femme, de grande expérience, avait perçu elle aussi une poche et poussant le doigt contre elle crut d'abord qu'elle se rompait ; mais un doute resta dans son esprit. Il y avait eu non pas éclatement mais affaissement. En effet, le genou gauche qui sortit le premier était enveloppé par les membranes flasques. L'aide sage-femme les déchira.

L'œuf examiné présentait deux ouvertures séparées par un pont membraneux : l'une, petite, était l'ouverture spontanée datantdu 3 Septembre ; l'autre, grande, l'ouverture artificielle.

1891. — Cette observation nous offre l'exemple peu fréquent de mutation de présentation malgré la descente du fœtus dans l'excavation. J'en ai vu bien d'autres depuis quoique la mutation

de présentation soit rare. Il est hors de doute pour moi que la région fœtale si bas qu'elle soit descendue remonte et s'échappe même du pelvis surtout quand l'utérus n'est pas maintenu par la tonicité de la paroi abdominale (Voyez l'obs. XXXII).

OBSERVATION XI

Erreurs d'appréciation auxquelles un seul toucher expose. Pseudo-rétrocessions du travail.

1884. — Une primipare, dont la hanche était ankylosée, le bassin antéversé et asymétrique par boiterie, étant en travail à l'hôpital, je constatai le début de la période de dilatation : col disparu, bords de l'orifice amincis, jusqu'à la ténuité d'un fil ; telles étaient les sensations, caractéristiques de l'orifice des primipares dans les premiers stades de la dilatation. Elles autorisaient mon diagnostic. Une petite poche bombait. La tête n'était pas appliquée sur le segment inférieur.

Quelques instants plus tard, le chef de service touchant à son tour annonça que la période d'effacement commençait. Ayant appris que je l'avais déclarée finie, il me demanda de renouveler mon examen.

Grande fut ma confusion ; un débutant ne s'y serait pas trompé. Le col était entier et l'orifice imperméable sans effraction. Cependant, si fugace qu'elle soit, une sensation nettement perçue ne trompe pas. Or la mienne avait été nette, nullement fugace d'ailleurs, car j'avais pris tout mon temps pour la percevoir et l'analyser.

Revenant donc près de la parturiente, j'explorai de nouveau et constatai une seconde fois l'apparence du col entier et du bien-fondé de l'assertion magistrale ; mais par un examen attentif, je

vis que ce col ne ressemblait pas au museau de tanche ramolli d'une primipare, lequel demeure lisse et sans plis. Les bords de l'orifice étaient froncés en cul-de-poule. De plus j'avais conservé le souvenir net d'un segment inférieur tendu par la poche des eaux et distant de la région fœtale. Or, le segment inférieur était appliqué comme un épais chiffon mouillé sur les os du crâne. Survint une contraction ; alors, je sentis ce segment inférieur collé à la tête s'en écarter, l'effacement total se réaliser sous mon doigt, l'orifice se déplissant, et la poche des eaux fit saillie. Elle était, avec l'arrêt de la tête dans un bassin anormal, l'artisan du miracle qui faisait passer instantanément cette femme de la période de dilatation à celle d'effacement et *vice versa.*

1891. — Ce phénomène peut s'observer toutes les fois que la région fœtale n'appuie pas sur le segment inférieur. Il est donc fréquent dans les bassins viciés. Le nôtre, déformé par boiterie, était un oblique ovalaire, type Lenoir, asymétrique, large du côté de l'ankylose, étroit du côté sain, plus que spacieux au détroit inférieur. Le bassin présentait surtout une antéversion telle que dans le décubitus dorsal, le bord inférieur de la symphyse touchait les draps du lit, la vulve étant très en arrière et invisible. On pouvait mettre deux doigts de front sous l'arcade pubienne. Donc, agrandissement réglementaire du diamètre bi-ischiatique. Si l'on en juge par de nombreuses mutations de position avec persistance d'engagement constatées pendant vingt-trois jours avant l'accouchement, l'asymétrie était peu prononcée. Le toucher ne l'appréciait pas.

La façon dont le col revient sur lui-même et se reforme dès que le corps qui le traverse l'a franchi, ou lorsque ce corps remonte et cesse d'appuyer, sont des phénomènes que tout médecin observateur peut constater. Il est très connu des accoucheurs ; c'est aux propriétés fondamentales du tissu utérin, élasticité et rétractilité, que sont dus les pseudo-rétrocessions du travail, les

orifices qui s'ouvrent et se referment, les cols qui s'effacent et se reforment.

OBSERVATION XII

Bassin de 7 centimètres. — Accouchement spontané et rapide d'un fœtus vivant pesant 3.070 grammes.

1884. — Ce 14 Août, j'ai vu une chose que peu d'accoucheurs ont vue, que je ne reverrai sans doute de ma vie et à laquelle je croyais sur la foi des auteurs : l'expulsion spontanée et rapide à travers un bassin de 7 centimètres, peut-être moins, d'un fœtus bien vivant pesant plus de 3 kilogrammes.

Si j'avais à professer sur ce sujet je dirais aux élèves : ce cas est exceptionnel. Que pour vous il reste une curiosité scientifique ; en pratique oubliez-le. On ne doit jamais compter sur pareil phénomène.

Donc, cette après-midi, l'aide sage-femme m'a fait savoir qu'une parturiente venait d'entrer à l'hôpital et qu'en la touchant son doigt s'était immédiatement heurté contre le sacrum.

Je me rends à la salle d'accouchements. Je trouve la femme en pleines douleurs.

— Vous êtes enceinte pour la première fois?

— Non ; la seconde.

— Vous n'êtes pas accouchée à terme?

— Si, à terme ; mais on m'a opérée. J'ai été trois jours dans les douleurs. On a appliqué les fers, et, comme l'enfant ne pouvait sortir, il a fallu l'écraser.

— Les médecins vous ont-ils donné un conseil pour les grossesses à venir?

— Ils m'ont dit que je ne pourrais pas avoir d'enfant, qu'il faudrait me faire avorter.

— Vous êtes sûre qu'ils ont dit : avorté? Ils n'ont pas dit : accouché avant terme?

— Ils ont dit : avorté.

— Et vous êtes à terme?

— Oui. Les médecins peuvent bien se tromper.

— Et les femmes être imprudentes. Quand avez-vous eu vos règles pour la dernière fois ?

— Au mois de Novembre.

— Quand étaient-elles finies?

— Le 28.

— Vous aviez perdu comme d'habitude?

— Comme d'habitude.

— Alors vous n'êtes pas tout à fait à terme. Il s'en faut d'une quinzaine au moins. A quel âge avez-vous marché?

— A 18 mois.

— Depuis, vous n'avez pas cessé de marcher?

— Non. Je me suis toujours bien portée.

— Quand les douleurs ont-elles commencé?

— Ce matin à 10 heures.

Il était 5 heures environ. A en juger par l'apparence extérieure, cette femme semblait en pleine dilatation. De l'interrogatoire je passai à l'inspection.

Petite taille. Aucune asymétrie du visage. Pas de prognathisme ni de saillie du front. Rectitude de la colonne. Belles dents. Légère convexité des tibias et des fémurs.

Au palper, fond de l'utérus à deux travers de doigts de l'appendice xyphoïde. Tête en bas. Elle ballotte au-dessus du détroit supérieur et fuit à la moindre pression dans la fosse iliaque gauche. Les contractions la ramènent dans l'aire du détroit supérieur. Position droite. Variété transversale.

La grosse affaire, c'était le toucher. Je le pratique avec ménagement pour ne pas rompre une volumineuse poche des eaux qui remplissait le segment inférieur utérin et bombait dans le vagin ; mais le doigt se heurte de suite au-dessous d'elle

contre un sacrum légèrement convexe. Le promontoire est facilement accessible. Cependant je m'abstiens de mesurer avec précision le bassin pour ne pas exposer l'œuf à une rupture, la tension étant très forte au moment des douleurs qui se succèdent avec rapidité. Col effacé ; orifice grand comme une pièce de cinq francs; bords souples et minces.

Pendant que je prépare une ceinture pour assujettir la tête, la poche des eaux se rompt et une grande quantité de liquide clair, incolore, s'écoule.

Je pratique le toucher une seconde fois. Orifice clos, col reformé en partie, mais ses lèvres épaisses sont dilatables ; on dirait l'ouverture d'une blague à tabac dont la coulisse est serrée et que la seule pression du doigt ouvre en la déplissant.

Je pousse l'index au loin, en haut ; j'arrive sur l'extrémité céphalique et je sens la fontanelle postérieure. Un peu en avant près de la lèvre antérieure de l'orifice je trouve un cordon de la grosseur du petit doigt et me pose de suite la question d'une procidence. Il ne bat pas; mais la femme avait à ce moment une contraction. J'explore avec soin, en attendant la fin de cette contraction. Il me semble percevoir un duvet sur ce cordon. La question doit se trancher quand l'utérus se relâchera. Il se détend et je sens le cordon disparaître en s'aplatissant. Ce n'est donc qu'un pli du cuir chevelu. Il n'y a pas de procidence.

Je détermine alors avec soin le promontoire, reconnaissable à la présence des ailerons sacrés à ses côtés. Il est bas situé; il n'y a pas de faux promontoire mais le sacrum est convexe. Je mesure le diamètre le plus rétréci ; c'est le promonto-pubien. De l'angle vertébral au ligament triangulaire : 82 ou 83 mm. Que faut-il déduire? 15 mm.? C'est peut-être trop pour un promontoire aussi abaissé; mais c'est la moyenne classique. En tablant d'après elle, le rétrécissement mesure 67 mm. Tout fait présager une opération mutilatrice; mais on tentera d'abord une application de forceps. Je donne l'ordre de préparer les instruments et de me faire chercher dès que la dilatation serait suffisante.

On n'est pas venu, et le lendemain matin à mon arrivée, j'apprends qu'à 9 h. 30 du soir l'expulsion spontanée avait eu lieu.

Bel enfant, pesant 3.070 grammes. Aucune déformation cranienne.

Occipito-frontal	11,5
Occipito-mentonnier . .	12,2
Bi-pariétal.	8,7
Bi-temporal	8
Sous-occipito-bregmatique.	9,5

Mon dernier conseil à la femme, sortant de l'hôpital, est de se bien persuader qu'elle n'aura pas deux fois pareille chance; mais elle se met à rire, et croit moins que jamais à Esculape.

1891. — Il existe au musée de la clinique deux bassins que je montrais et comparais à mes cours. L'un et l'autre sont viciés par le rachitisme. Le promontoire du premier est haut situé; la déduction à faire pour connaître le diamètre « utile » est de 25 millimètres. Celui du second est bas, il suffit de retrancher 10 à 11 millimètres pour avoir les dimensions vraies.

Dans notre cas, l'angle sacro-vertébral était très abaissé. La chose est capitale. Je ne crois pas que le rétrécissement atteignît 6,7 : mais il n'était pas inférieur à 7,2. La grossesse datait de 8 mois 1/2 de par la date des règles, le poids de l'enfant, et le diamètre bi-pariétal. Le fait reste donc extraordinaire. Il s'explique par la réductibilité d'une voûte peu ossifiée, l'énergie des contractions et une orientation si juste de l'extrémité céphalique qu'elle s'adapta mathématiquement au pelvis.

« Des faits nombreux, dit Jacquemier, attestent que des femmes ont accouché naturellement d'enfants vivants, le diamètre le plus rétréci du bassin n'ayant que 87 millimètres. Et pour embrasser les faits exceptionnels nous ajouterons que l'expulsion du fœtus vivant a pu s'effectuer à 74 et à 67 millimètres. »

Jacquemier s'appuie sur l'autorité de Boer, de Baudelocque et de Solayrès. A leurs observations on peut joindre la nôtre, dont la précision ne saurait laisser aucun doute. Antécédents obstétricaux graves, âge précis de la gestation, poids du fœtus, mesures céphaliques, rien n'y manque. Je pense que nul ne trouvera que ma déduction de 1 centimètre soit exagérée. Je n'ai jamais vu de pièce anatomo-pathologique qui en autorisât une inférieure, et d'après l'opinion particulière du chef du service ce bassin avait moins de 7 centimètres.

1907. — Lisez l'observation LV, pour vous rendre compte de la différence énorme qui sépare chez les rachitiques à bassin vicié, les promontoires élevés et les promontoires bas. Je leur attribue, au point de vue des difficultés de la parturition, plus d'importance clinique qu'à la forme du sacrum d'où l'on a tiré les catégories de bassins dits annelés et canaliculés, (canaliformes, plus correctement).

OBSERVATION XIII

Bassin de 7 centimètres.— Accouchement provoqué à 7 mois. — Version podalique. — Mort de l'enfant. — Problème de l'adaptation. — Forceps et version comparés.

1884. — Au point de vue de l'enseignement, et comme une démonstration de la chance extraordinaire qu'a eue la femme dont je viens de parler, l'observation qui suit se trouve à son rang dans ce recueil. On ne lui en aurait pas choisi de meilleure ; mais c'est aussi sa place naturelle.

Pendant que nous assistions avec stupéfaction à la naissance spontanée d'un fœtus de 3.070 grammes franchissant dans l'es-

pace de trois heures un canal pelvien de 7 centimètres, nous avions dans les salles depuis le 21 Juillet, en continuelle surveillance, une femme dont le bassin n'était pas plus large et qui n'eut pas la même bonne fortune.

On lui avait dit que, seul, l'accouchement provoqué pouvait lui donner un enfant vivant. Elle devança de quinze jours au moins le terme de six mois et demi fixé pour son entrée à l'hôpital. Cette sagesse ne fut pas récompensée, tandis que la sottise de l'autre... mais... il y a un Dieu pour les ivrognes.

Deux grossesses antérieures : la première, il y a sept ans, terminée par un travail de soixante heures environ, une opération, et la naissance d'un enfant non mutilé qui vint par la tête et mourut au passage ; la seconde, il y a trois ans, terminée à neuf mois, par un travail de quatre jours en ville et l'application du céphalotribe à la clinique.

Cette femme a 32 ans. Elle en avait alors 29. C'est l'âge où les enfants naissent de plus en plus volumineux quand les grossesses ne sont ni trop rapprochées ni trop éloignées. On peut donc supposer que le poids du second fœtus dépassait celui du premier.

Marche tardive ; à trois ans seulement ; depuis, pas d'interruption. Les dernières règles étaient finies le 21 Janvier 1884. Elle serait donc à terme, d'après mes calculs, du 22 Octobre au 10 Novembre.

Taille très petite : 1 m. 27. Membres inférieurs courts sans déformation accentuée. Ils forment, quand les malléoles se touchent, une légère parenthèse. Thorax régulier, bien qu'il existe une scoliose dorsale, peu marquée il est vrai. Convexité gauche. Ensellure lombaire. Bosses frontales saillantes, sans asymétrie du visage, ni désharmonie des yeux. Incisives supérieures cannelées.

L'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il n'y a pas de tension permanente ; excès de liquide cependant car le fœtus, nullement engagé, évolue avec la liberté d'un

ludion. Au toucher, col utérin derrière la symphyse. On atteint sans peine le promontoire. C'est bien le promontoire avec les ailerons sacrés; il est très bas et forme la saillie la plus proéminente; mais au-dessus de lui le doigt atteint au moins une vertèbre lombaire et au-dessous le sacrum est droit ou légèrement convexe. C'est donc dans toute la force du terme, un bassin canaliforme, ou « canaliculé », expression assez impropre, mais en usage.

Je trouve comme diamètre promonto-sous-pubien, 8 centimètres et suis d'avis à cause de la situation basse de l'angle que la mesure vraie est 65 à 70 mm.

Le chef de service pense que 65 mm. est un maximum sur lequel il ne faut pas compter. Il provoque le travail le 2 Septembre. La femme était alors enceinte, d'après mon calendrier, de sept mois et onze jours au plus, et de sept mois moins huit jours, au minimum. On ne peut donc mieux choisir le moment, mais quel inconvénient que cette impossibilité de fixer l'âge de la grossesse à un jour près !

Et si on le pouvait, il y aurait encore des erreurs ? N'y a-t-il pas des fœtus qui se développent plus rapidement les uns que les autres, des têtes qui s'ossifient prématurément?

Pour la provocation on emploie l'excitateur Tarnier, et les douleurs commencent de suite. Le travail marche. Le soir, le ballon est expulsé. Le lendemain matin, la dilatation est complète.

Poche des eaux volumineuse et dans cette poche un petit membre, la main selon toute apparence.

Le chef de service avait pris soin la veille de faire la version, et une ceinture eutocique mise en place par lui, maintenait la tête au détroit supérieur au moment de l'opération. Quantité d'ouate garnissait les flancs, et les deux coussins, gonflés d'air, calaient l'extrémité céphalique ; mais j'ai laissé entendre que malgré la souplesse des parois il y avait beaucoup d'eau puisque le fœtus se déplaçait comme un ludion, et l'eau est incompressible. Que pouvait la ceinture contre elle?

Je l'ôte et par le palper je trouve la tête au-dessus de la fosse iliaque gauche dans le flanc. J'essaie en vain de la ramener dans l'aire du détroit et craignant que la poche des eaux ne se rompe avant l'arrivée du chef de service, par la violence des contractions, je fais une injection de morphine pour les modérer.

Le chef de service arrive. Il essaie à son tour et en vain de ramener la tête en bas. Alors rupture artificielle de la poche, introduction de la main. Jet de sang abondant. Version podalique interne. Les bras se relèvent et sont dégagés successivement. La tête est extraite sans grandes difficultés, le chef de service usant du procédé de Mauriceau, et moi comprimant l'hypogastre et refoulant — en théorie tout au moins — l'occiput vers l'une des moitiés du bassin, pour mettre le diamètre bi-temporal dans l'antéro-postérieur pelvien (Champetier de Ribes).

L'enfant ne put être ranimé. Le diamètre bi-pariétal avait 7 centimètres. Le promontoire laissa son empreinte sur les os.

1891. — On a écrit, en France et à l'étranger, beaucoup de brochures, des livres même, pour prouver par A + B que la version l'emporte sur le forceps, avant terme, quand le bassin est vicié.

Autrefois, dans mes cours, je donnais un résumé de la question et je rappelais les principaux mémoires, Simpson, Joulin, Barnes, Goodell, Budin, Champetier de Ribes. Tout cela est intéressant et utile au point de vue théorique ; mais, pratiquement, j'affirme l'insolubilité du problème. La forme du bassin, l'ossification du crâne, l'opérateur, la direction et la puissance des forces expulsives, la résistance des parties molles, la vitalité fœtale, feront qu'on aurait eu dans certains cas, vivant, par la version, un enfant que le forceps amènera mort ou même n'amènera pas, et vivant par le forceps un enfant qui naîtra mort par la version.

Remarquez ce qui s'est passé dans notre cas. On ménage à une femme enceinte toutes les chances possibles. On provoque

le travail à une époque favorable en apparence. La durée de l'accouchement n'est pas excessive. L'enfant se porte bien au moment de l'intervention ; mais celle-ci consiste dans une version. L'enfant meurt. Affirmerai-je que la version est cause de ce malheur, et que le forceps eût été préférable? Sur quoi se baser? Sur des opérations de mannequin ou sur des statistiques fournies par d'autres femmes qui avaient des bassins et des fœtus différents? Notez que dans ce cas où la version a échoué, toutes les conditions réclamées par Barnes étaient réunies.

En 1878, une femme dont le bassin mesurait 78 millimètres fut portée à la clinique. Trois tentatives de forceps par Depaul aidé de Budin. En définitive craniotomie. A l'amphithéâtre, Champetier et Budin constatent qu'une très faible pression engage la tête la première. Avec le forceps, tractions considérables. Aucune difficulté avec la version.

Quoi? cette tête que le forceps entraîne difficilement, une simple pression la fait descendre? Peu d'expériences, à mon avis, démontrent mieux qu'il suffit d'un rien pour rendre facile et même spontané un accouchement difficile, voire impossible sans intervention. Ce rien, c'est l'adaptation. Si, un jour, une opération nouvelle permet d'éviter l'accouchement prématuré — et en ce sens, la symphyséotomie ressuscitée en Italie fait déjà bruire ses fuseaux, — on verra sans doute, de temps en temps, des expulsions à terme spontanées, sans aucune intervention, par les seules forces de la nature, comme dans l'observation XII. Que l'adaptation se fasse et l'on assiste au prodige. Qu'elle ne se fasse pas et l'on voit des femmes accouchées dix fois spontanément, obligées de subir, la onzième fois, la céphalotripsie. L'adaptation, c'est la grande inconnue du problème. La favoriserez-vous, l'entraverez-vous avec le forceps ou par la version ? Tout est là ; mais vous ne pouvez le savoir. Vous savez seulement que, en général, un fœtus qui naît sommet en avant a plus de chances de vie qu'un fœtus qui naît tête dernière. Voilà pourquoi le forceps est préféré par l'Ecole, à la version ;

mais il conserve, même bien construit, même bien conduit, son infériorité d'instrument rigide, contondant, mal approprié à toute autre application que l'application directe au détroit inférieur, et si l'on arrivait à supprimer les inconvénients généraux de l'extraction par les pieds, la version deviendrait la rivale redoutable et promptement victorieuse du forceps.

OBSERVATION XIV

Asthme. — Dyspnée pendant la grossesse et les suites de couches. — Effets comparés du régime lacté et de la diète lactée. — Importance absolue de la quantité d'urine émise. — Importance relative de la quantité d'urée.

1884. — Le 22 Août on amenait à la clinique une primipare anhélante, cyanosée, violemment dyspnéique. C'est au cœur qu'il faut penser d'abord en pareil cas, car les accidents que déterminent ses lésions sont graves, nécessitent parfois une intervention prompte et énergique, et sont méconnus si le médecin s'arrête aux seuls signes stéthoscopiques pulmonaires. La célèbre observation de Peter en est une inoubliable preuve.

Les battements cardiaques étaient normaux. La percussion avait une sonorité exagérée. L'inspiration était courte et vibrante, l'expiration très prolongée et musicale. On voulut examiner de suite les urines au point de vue de l'albumine ; la vessie était vide, et la malade m'apprit que ses urines, habituellement rares, l'étaient encore davantage depuis la crise dyspnéique. Elle n'avait eu d'affection aiguë à aucune époque de sa vie, mais dès l'enfance, elle s'enrhumait facilement et était prise d'accès de suffocation.

Dernières règles normales finies le 20 Novembre 1883. La menstruation aurait fait en décembre une brève apparition.

D'après ces données et mon calendrier, le terme court du 18 Août au 6 Septembre. Si l'écoulement de Décembre a été en réalité insignifiant, nous nous trouvons à quinze jours de la D. E. Sinon, la grossesse doit selon toutes probabilités évoluer jusqu'à la fin de Septembre.

Au deuxième mois, cette femme a passé trois semaines à la clinique pour un gros rhume accompagné de dyspnée. En Juillet accès de suffocation plus intense. La crise actuelle est plus violente encore.

Au thorax, en avant, au niveau du sternum et des articulations, voussure évidemment due à l'affection chronique, car la marche ayant tôt débuté, sans jamais souffrir d'interruption, il n'est pas question de rachitisme chez cette malade dont les membres sont bien conformés.

Moins nerveuse qu'à son arrivée la malade peut s'allonger un instant pour l'examen obstétrical : beaucoup de liquide amniotique ; fœtus petit en apparence. Battements du cœur bien rythmés. Sommet dans l'excavation.

J'ordonne quarante ventouses sèches et du lait.

Le lendemain la malade a uriné. Pas d'albumine ; mais une diminution relative de l'urée : 11 gr. 50 par litre. A la percussion, sonorité moins grande. A l'auscultation, bruits moins éclatants. Inspiration et expiration d'égale durée. Suivant la malade qui se sent mieux, les urines auraient un peu augmenté.

25 Août. — Le chef de service ordonne un purgatif drastique.

26 et 27 Août. — La malade demande à manger. On cède à son désir. Le soir, l'inspiration prédomine, et un peu de dyspnée survient.

28 Août. — Le chef de service diagnostique : dyspnée urémique et ordonne la diète lactée. Amélioration rapide.

Pendant quinze jours excellent état. Trois litres d'urine par vingt-quatre heures et 25 gr. d'urée. Puis la malade redemande l'alimentation ordinaire. Je fais mes réserves ; mais sur ses instances, et fort intéressé par cette contre-épreuve, je me rends à

son désir. Dans les vingt-quatre heures, la quantité d'urine tombe à 1.420 cc., sans que l'urée diminue de plus de 1 gramme. Le lendemain réduction de l'une et de l'autre. Urine : 500 cc.; urée : 7 gr.680. La femme suffoque et réclame la diète lactée.

20 Septembre.—Expulsions pontanée d'un fœtus de 2.780 grammes. Il est donc probable que la grossesse a précédé ou suivi immédiatement les règles de Décembre.

21 Septembre. — Abandon de la diète lactée. Régime lacté c'est-à-dire : lait, potages, côtelette. Le soir même, dyspnée. Retour à la diète lactée.

Du quatrième au septième jour la quantité d'urine s'abaisse de 1.580 cc. à 1.170 cc. et l'urée de 33 à 29 grammes par vingt-quatre heures. La dyspnée qui n'avait pas disparu complètement augmente le septième jour. Céphalalgie. Douleur épigastrique. Température du soir, 38°3. Eau-de-vie allemande: 10 grammes.

Le septième jour, température : M. : 39°6 ; S. : 39°. Lochies fétides. Irrigations vaginales.

Le neuvième jour, température M.: 37°4; S.: 37°2. La malade respire mieux. Eau-de-vie allemande: 10 grammes.

La température s'élève de nouveau sous l'influence d'une poussée de lymphangite mammaire. En même temps, suffocation légère bien que la quantité d'urée dépasse la normale: 25 gr.52 pour 1.191 cc., ce que j'ai déjà observé du quatrième au septième jour.

Le treizième jour, la malade sort, sans halètement, en apparence guérie. L'urée atteint la normale, 24 gr. ; mais la quantité d'urine a augmenté : 1.600 cc. sans atteindre le gros volume de la période de bien-être qui précéda l'accouchement, période dans laquelle, comme je l'ai dit, 3 litres d'urine étaient excrétés par vingt-quatre heures, et 25 gr. d'urée seulement, dans le même temps et pour cette quantité, c'est-à-dire 8 gr. 33 par litre.

1904. — La valeur du mot urinémie jadis proposé par les cri-

tiques de la théorie urémique reçoit des faits rapportés plus haut une consécration nouvelle. J'ajoute ceci :

Si la dyspnée dépendait exclusivement de l'insuffisance de l'urée, les nombreuses femmes qui ont un rein flottant ou simplement abaissé seraient dyspnéiques (1).

Elles ne le sont pas. Je n'en ai pas vu une seule sur cent cas environ dans lesquels le taux de l'urée était considérablement abaissé.

Par contre, la quantité d'urine excrétée paraît avoir une importance extrême. Une véritable polyurie a coïncidé avec les meilleurs jours de la malade dont l'histoire vient d'être narrée.

Ce qui est indiscutable c'est l'influence de la diète lactée, qui est précisément diurétique,et la supériorité à cet égard de cette diète lactée sur le régime lacté.

Dans toute dyspnée, quelle qu'en soit l'origine, on doit s'enquérir non seulement de la qualité mais avant tout de la quantité des urines et si cette quantité est médiocre, la diète lactée est un traitement souvent héroïque. Elle a été, sous mes yeux, l'instrument d'une véritable résurrection. Il s'agissait d'une dyspnéique cardiaque, gravement menacée. Son médecin l'avait mise, sans succès, au régime lacté. Sur la simple constatation d'une notable diminution d'urine je conseillai la diète lactée qui fut commencée le soir même, et je veillai la malade. Les urines étaient recueillies depuis le jour précédent dans un bocal gradué. La quantité d'urine des vingt-quatre heures précédentes ne touchait pas 500 cc. Dans la nuit, l'excrétion dépassa ce chiffre, et vers midi, le litre était atteint. Depuis le matin, les suffocations avaient perdu leur violence. Deux jours plus tard, la malade urinait abondamment et vaquait à ses affaires. Elle n'avait pas de lésion des orifices, mais une grande irrégularité des batte-

1. Voir à propos de ce phénomène peu connu, de l'abaissement du taux de l'urée dans les ptoses rénales, ma brochure sur les *Indications et contre-indications de la kinésithérapie gynécologique.* (Paris, Vigot.)

ments, avec faux pas très marqués depuis plusieurs années. L'excellence des fonctions rénales avait compensé l'insuffisance cardiaque. Elle vécut plusieurs mois et se croyait si bien guérie, dans les premiers temps, qu'elle essaya de se soustraire au traitement; ces écarts de régime furent de suite payés par un retour de la dyspnée.

OBSERVATION XV

Mammites et lymphangites mammaires pendant la grossesse et les suites de couches. — Valeur comparée des traitements : bandage suspenseur ; antiseptiques ; cosmétiques. — Époques ou jours critiques de la femme.

1884. — Enceinte de 8 mois, V... entre à l'hôpital parce qu'elle se sent mal à l'aise, sans souffrance localisée d'abord. Elle est pâle, avec un pouls rapide, la peau chaude et la langue saburrale. Peu après, elle se plaint d'une douleur au sein gauche.

Développement normal des glandes mammaires. En soulevant le sein gauche et en l'appliquant contre la cage thoracique, on trouve une petite tumeur formée par les *acini*, douloureuse à la pression. Rougeur de la peau. Aucun *trauma* n'explique cette mammite menaçante. Cette femme n'est pas minutieusement propre ; mais je ne découvre aucune excoriation du mamelon. De plus la rougeur nettement séparée de l'aréole et diffuse n'a pas les caractères des lymphangites qui ont pour point de départ une gerçure.

On soutient et on comprime méthodiquement les seins. Dès le lendemain la douleur spontanée, la fièvre et le malaise général ont disparu. La tumeur s'évanouit graduellement.

Douze jours plus tard, les phénomènes généraux et locaux

précédemment décrits se reproduisent; mais la mammite siège à droite. Même traitement, même succès.

Encore douze jours plus tard, la température s'élève à 38°8 et une nouvelle poussée inflammatoire survient; mais aux deux seins simultanément. Elle disparaît par les moyens déjà employés.

La femme accouche. Les accidents ne reproduisent pas.

1891. — Sans être fréquentes les mammites ne sont pas absolument rares pendant la grossesse. On ignore la cause de ces acinites? Est-ce une congestion locale, un engorgement spontané ou la propagation d'une lymphangite du mamelon? Pendant les suites de couches j'ai observé les deux origines. Dans le cas qui vient d'être cité, je penche fortement pour l'acinite primitive. J'aurais plus de certitude si, dès le premier accident, les mamelons de la malade avaient été tenus en asepsie rigoureuse. On ne peut se fier à ses yeux pour nier les excoriations du mamelon. Il en est qui se dérobent dans les sillons interpapillaires. Il en est d'invisibles, même à la loupe, parce qu'un bouchon épidermique les recouvre. Cependant les deux seins s'étant enflammés successivement, je répète que je suis, dans mon cas, partisan de l'acinite primitive.

Le traitement des engorgements mammaires est préventif ou curatif. Préventif, il consiste dans le lavage doux et soigné des bouts de sein, sur lesquels on entretient un pansement humide, composé de compresses imbibées d'eau boriquée et recouvertes de taffetas chiffon imperméable.

Curatif il consiste: 1° dans le décubitus dorsal tant que la fièvre et la douleur existent; 2° dans la continuation du pansement préventif; 3° dans la compression ouatée et une soigneuse suspension des seins.

Les écharpes ne valent rien. Les deux mamelles, bien qu'une seule soit atteinte, doivent être remontées et rapprochées de la ligne médiane par un large bandage de corps (plus commode

que les bandes, si la femme nourrit) muni de bretelles, garni d'une ouate épaisse en avant et sur les côtés. Ses deux extrémités réunies sur le sternum sont épinglées en commençant par la partie inférieure ou sous-mammaire. A surveiller, rajuster, et serrer avec les mêmes précautions, toutes les fois qu'on le défait ou qu'il se relâche.

Pansement et bandage représentent une assurance de premier ordre contre les abcès. Je n'en donnerai qu'une preuve, plus démonstrative que cent guérisons. J'avais à la clinique trois infirmières ayant chacune sous sa direction de dix à quatorze lits. Les lymphangites mammaires se répartissaient à peu près également entre les diverses salles, mais je remarquai que toujours éteintes, en règle, dès le début, dans les deux premières, elles s'enflammaient et suppuraient dans les deux dernières, surveillées par une seule et même infirmière. Il suffit de la menacer d'un renvoi immédiat, si ses pansements ne devenaient pas aussi efficaces que ceux de ses camarades, pour qu'à dater de ce jour les mammites abcédées devinssent une exception rare.

Donc, pansement et bandage avec décubitus dorsal sont quasiment infaillibles, à condition d'être employés à la première menace sans tergiverser. Malheureusement, ils n'ont aucune action sur l'horrible souffrance que les mamelons érodés et entaillés font endurer. Voilà pourquoi on a imaginé toutes sortes de cosmétiques, qui parfois enveniment les plaies, et sont dangereux pour l'enfant.

1904. — Depuis six ou sept ans j'emploie une pommade spéciale et j'ai la satisfaction de soulager d'abord, puis de guérir vite. Les pansements humides à l'acide borique aseptisent, mais ne cicatrisent pas les gerçures que la succion rouvre sans cesse. Il faut de l'héroïsme pour supporter cette torture ; telle dans certains cas, que j'ai vu une mère, nullement douillette, trembler et pâlir avant de donner le sein, et se cramponner lors

des premières sucées, pour ne pas crier. Bien des femmes renoncent à nourrir à cause des gerçures, qui, outre la douleur, les exposent aux mammites, si elles ne s'assujettissent pas aux lavages, pansements humides, suspension des seins, etc. Une thérapeutique curative importe donc. J'emploie la pommade Boudier.

Je n'ai pu savoir sa composition, défendue par l'intérêt commercial ; mais je sais d'abord qu'elle est inoffensive, ensuite, qu'elle a pour base la lanoline ou suint du mouton. De plus en plus employée comme récipient en pharmacie, la lanoline stérilisée par la fusion est une graisse animale qui ne rancit jamais. Je conseille d'appliquer la pommade Boudier, sur le mamelon aseptisé. On malaxe légèrement avec des doigts bien lavés, pour la faire pénétrer !

1907. — Les deux poussées inflammatoires sont notées à douze jours d'intervalle. C'est la distance qui sépare ce que j'ai nommé : époques ou jours critiques de la femme, ou encore influence moliminaire. J'ai déjà appelé et j'appellerai l'attention du lecteur sur ces phénomènes curieux signalés dans mes publications gynécologiques.

OBSERVATION XVI

Présentation de la face. — Procidence d'une main. — Version podalique par manœuvres internes. — Dilatation et dilatabilité. — Paralysie obstétricale.

Une secondipare en travail, accouchée spontanément la première fois, entre à la clinique le 22 Septembre à 7 heures du matin. On ignore la présentation. On commet la faute de rompre

la poche des eaux. L'orifice que cette poche dilatait, se rétracte, le col se reforme et le diagnostic devient plus obscur encore. Perte d'eau considérable.

A mon arrivée, je pratique le palper ; mais l'évacuation du liquide le rend difficile. Tête en bas, assez élevée, plus élevée à droite. Là on atteint une grosse surface arrondie, dure. Est-ce le front ? Oui, si cette tête est fléchie. Alors le dos doit être à gauche. Impossible de sentir nettement le plan résistant, caractéristique de cette région que continue la rondeur lombo-fessière. Tantôt la contraction utérine masque tout, tantôt on sent, aussi bien à droite qu'à gauche, des parties dures que recouvre une couche de liquide dépressible. Tel est le premier inconvénient de la rupture inconsidérée de la poche des eaux.

Heureusement, le fœtus ne semble pas souffrir. Battements pleins et réguliers ; foyer maximum sur la ligne médiane. Par le toucher, j'atteins une partie fœtale qui donne la sensation d'une main. Elle est en arrière, ne dépasse pas l'orifice qui a la grandeur d'une très petite paume ; mais il est dilatable. On m'affirme l'entière dilatation lors de la rupture. J'en doute. Les orifices dans lesquels un coin dur et volumineux, tel que la tête fœtale ou un siège complet n'ont pas passé, ne sont pas dilatés au maximum ; mais ils peuvent être amollis au point de s'ouvrir vite et en totalité sous une pression circonférentielle. En écartant la lèvre utérine antérieure, j'arrive sur une portion de la voûte cranienne reconnaissable à ses sutures. Le palper ne m'a donc pas trompé. La tête est en bas ; mais la procidence d'un membre thoracique l'empêche de descendre. Cette tête est-elle fléchie ou défléchie ? Ici je pose un point d'interrogation, car mon index n'explore qu'un segment de sphère, lisse et rond. Que faire ? Introduire la main, la pousser dans le segment inférieur en reconnaissance de la situation fœtale, et intervenir suivant le diagnostic ? J'hésite. Pourquoi ? Que la tête soit fléchie ou défléchie, il est possible que je sois obligé de faire la version si la procidence est irréductible. Or l'orifice est-il en réalité complète-

ment dilatable? De plus, même si ma main le franchit, aller et retour, à vide, puis grossie du pied qu'elle aura empoignée, même si le siège et le tronc passent, l'orifice pourra emprisonner la tête en se resserrant sur le cou. Donc, ne voyant pas d'urgence absolue à l'opération, craignant, si elle est incomplète, d'exposer par l'évacuation d'un reste de liquide, le fœtus, plus qu'il ne l'est par le *statu quo*, redoutant la responsabilité, je me décide à attendre l'arrivée du chef de service.

Je charge un élève de surveiller les battements du cœur et de me prévenir s'ils se modifient. Trois quarts d'heure plus tard je pratique de nouveau le toucher. La main et l'avant-bras sont dans le vagin. On peut voir la main ; c'est la dextre. En avant et à droite, on sent le crâne, à gauche quantité de petites parties agglomérées, et au premier abord confuses. C'est la première sensation que donne la face. Ensuite l'index s'oriente et dénomme chaque inégalité. J'ai affaire à une mento-iliaque gauche. L'extrémité céphalique était déjà en partie défléchie lorsque j'ai palpé, et la région qui aurait pu être le front était l'occiput. Je recommence le palper. Je constate l'énormité de la saillie que forme l'occiput, et la dépression profonde, le coup de hache, qui sépare cette saillie, du dos, qu'on devine plutôt qu'on ne le sent, tant il est refoulé vers la ligne médiane. Au contraire, la poitrine, le ventre et les membres inférieurs accolés, forment un plan résistant curviligne, appliqué contre la paroi utérine. Sans le coup de hache, on prendrait aisément le plan antérieur du fœtus pour le plan dorsal et l'occiput pour le front. Telle est la règle dans les présentations de la face, au moment où la déflexion est complète, les membranes rompues, et le fœtus tassé.

La dilatation paraissait achevée. L'intervention s'imposait. Quelle intervention? Le forceps? Tout ce qui a été écrit sur les procidences des membres, le judicieux conseil autrefois donné par un éminent praticien de campagne sur la conduite à tenir dans la présentation de la face chez les multipares, mon expé-

rience personnelle, générale, de l'instrument, la logique, mes instincts cliniques, faisaient opposition. Je songeai d'emblée à la version. Pourquoi? L'École officielle ne me l'avait pas enseignée. Certain cours magistral tout récent tintait encore à mes oreilles. Dans une longue séance consacrée au traitement en pareil cas, le mot version n'avait même pas été prononcé. On nous avait conseillé d'introduire la main, de réduire le membre prolabé, de refouler la face et de lui substituer le sommet, manœuvre qui me paraissait aussi bizarre que le conseil d'accrocher le cordon procident à un pied, au fond de l'utérus. Quoi ? Quand la main est dans l'utérus, quand la dilatation est complète, quand on tient un ou deux pieds, il ne vaut pas mieux profiter de la bonne rencontre, et, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, brusquer la terminaison? Je résolus de m'en tenir au conseil de mon médecin de campagne, homme de sens et d'expérience. « Face, disait-il, multipare, voies faites, version sans hésiter. »

Donc, je retroussai mes manches, j'aseptisai avant-bras et mains, puis, choisissant celle qui, placée entre la pronation et la supination, regardait le plan antérieur du fœtus, c'est-à-dire la droite, je la fis pénétrer dans les voies génitales. Refoulant doucement la région engagée, et maintenant le fond de l'utérus avec la gauche, je m'insinuai jusqu'aux pieds que je saisis à pleine poigne. Évolution et extraction facile jusqu'aux bras qui se relevèrent. Ils furent successivement abaissés en commençant par le postérieur qui doit être saisi en totalité par la main introduite entièrement et en arrière, paume en l'air, dans la concavité sacrée. Restait la tête. Le chef de service qui arrivait prit ma place. Les choses n'allèrent pas toutes seules. De fortes tractions exercées suivant la méthode dite de Mauriceau, le fœtus à cheval sur l'avant-bras, un ou deux doigts de la main homonyme dans la bouche, tirant et fléchissant la tête, le médius et l'index de l'autre main placés en fourche sur les épaules, et tirant aussi, amenaient au dehors, la tête cerclée par l'orifice

utérin. Il se relâcha et l'enfant dégagé cria presque aussitôt.

Le lendemain les deux bras de cet enfant étaient paralysés. Des frictions au baume Nerval suffirent pour que la guérison fût complète à la sortie de la mère, qui eut lieu en temps normal.

1891. — On est autorisé à rompre la poche des eaux et il est indiqué de la rompre, quand le diagnostic ne peut être fait que par le toucher manuel ; mais il faut que l'orifice soit dilaté ou dilatable de manière à permettre de suite l'intervention s'il y a lieu.

A quels signes reconnaît-on que l'orifice est dilaté ou dilatable ?

L'orifice dilaté se reconnaît à l'application de ses bords, au pourtour de l'excavation. La marge postérieure est inaccessible à l'index, la marge latérale est d'autant plus difficile à atteindre qu'on se rapproche davantage de la postérieure. L'antérieure épaisse, parfois œdématiée et sensible, est, sauf exceptions rares, toujours accessible. On ne la confondra pas avec un pli vaginal, celui-ci forme cul-de-sac.

Alors l'orifice est dilaté; mais cette dilatation ne se maintient qu'autant que la pression circonférentielle persiste. Dès qu'elle cesse, l'orifice se rétracte. Il n'est plus dilaté, il est dilatable.

L'orifice dilatable n'a donc pas d'autre critérium, que l'expulsion d'une région fœtale telle que la tête ou le siège complet d'un fœtus à terme, ou celle du ballon Champetier gonflé au maximum. L'imprudente sage-femme qui avait rompu la poche des eaux, croyait à la dilatabilité, sans doute parce qu'avec le doigt elle entraînait les lèvres de l'orifice jusqu'aux parois du pelvis ; mais c'était l'orifice entier qu'elle déplaçait. Moi aussi, je me suis demandé si cette dilatabilité n'existait pas lors de mon premier examen. Elle me semblait évidente au moment où je suis intervenu, et on peut se demander si elle était réellement complète, puisque, au moment de l'extraction de la tête, l'orifice la cerclait,

et a résisté plusieurs fois aux efforts répétés de l'accoucheur ; à moins qu'il ne s'agît de rétraction secondaire.

Donc, les critériums indiqués plus haut manquant, on ne peut apprécier qu'approximativement la dilatabilité, et il faut toujours compter sur cette rétraction secondaire. C'est elle qui expose la vie de l'enfant en retenant les épaules, après sortie de la tête, et la tête après sortie des épaules. C'est la dilatation incomplète ou la rétraction secondaire qui donnent à l'enfant palpitant sur l'avant-bras du médecin, le temps de mourir dans l'extraction de la tête dernière. Voilà pourquoi je redoute moins une application de forceps qu'une extraction du siège dans un orifice incomplètement dilaté. Dans le dernier cas, on n'a pas, au moment où la tête reste dernière, les loisirs nécessaires à l'achèvement de la dilatation, ou ceux d'attendre que la rétraction cède. Il faut aller vite. On néglige forcément le principe dont l'application permet de triompher des résistances musculaires : traction continue et contenue.

Il est écrit que les deux bras du fœtus se relevèrent au passage des épaules. J'aurais dû éviter ce double relèvement en plaçant un lacs sur le poignet du bras prolabé.

L'avantage est si grand qu'aujourd'hui, quand je fais une version, j'amène de propos délibéré une main dans le vagin si elle s'offre à moi, et j'y place un lacs, mais l'opération facile quand la main est à la vulve, est souvent impraticable au fond du vagin.

Le relèvement des bras, ou les tractions énergiques exercées sur la nuque du fœtus, pour extraire la tête, produisirent une de ces variétés de paralysies qu'on nomme obstétricales. Elle atteignait les deux membres supérieurs. Leur cause vraisemblable, est l'élongation ou la compression du plexus brachial.

J'ai observé un certain nombre de ces paralysies. Elles débutent par le deltoïde, auquel elles peuvent se limiter ; mais souvent elles gagnent les muscles de l'avant-bras. Elles suivent dans leur disparition un ordre inverse. Le deltoïde retrouve ses fonctions le dernier. Lorsqu'il est seul atteint, on observe l'inap-

titude à relever le membre entier. Si l'avant-bras est frappé, la main prend l'attitude caractéristique de la griffe.

La lésion peut échapper aux nourrices et aux mères non clairvoyantes, surtout si elle est confinée dans le rameau deltoïdien. L'enfant remue la main et l'avant-bras. On ne remarque pas l'abolition des mouvements d'élévation de l'épaule. Aussi doit-on dans les présentations de la face, dans les cas de version accompagnée de dégagement artificiel des bras et de fortes tractions sur la nuque, dans ceux de dystocie par excès de volume des épaules, s'enquérir de la liberté des mouvements du moignon de l'épaule et ne pas en juger, par celle des avant-bras ou des mains.

Le traitement consiste dans les frictions, la chaleur, l'électricité. On aura recours à celle-ci, sans hésiter, si les autres moyens échouent. Le membre paralysé sera enveloppé d'ouate ; on le frictionnera matin et soir, après l'avoir enduit de baume Nerval, préparation aromatique très vantée, dont l'action s'ajoute peut-être à celle du massage. Le traitement ne sera cessé qu'après retour des mouvements de l'épaule. J'ai accouché à la clinique une femme dont le deltoïde était atrophié depuis la première enfance à la suite d'une paralysie obstétricale mal soignée. De l'incurie peut donc résulter l'infirmité définitive. Qu'on juge par là de l'importance des soins ! Voyez obs. XXXI.

OBSERVATION XVII

Provocation de l'accouchement. — Ballon de Tarnier. — Sonde de Krause. — Ballon de Barnes.

1884. — Au commencement d'Août, entre à l'hôpital une femme enceinte, dont le premier accouchement s'est terminé à neuf mois, par une céphalotripsie précédée d'applications du forceps.

Cette femme a marché pour la première fois à 2 ou 3 ans, et depuis n'a pas cessé de marcher. Bonne santé habituelle.

R. T. : 25 Janvier ; D. P. : 26 Octobre ; D. E. : 14 Novembre. Le 26 Août elle sera enceinte de sept mois au plus.

Taille petite, origine parisienne, membres inférieurs peu déformés. Légère convexité de la face interne des tibias, et de la face antéro-externe des fémurs. Pas de voussure du sternum ni de chapelet costal. Belles dents. Membres supérieurs normaux. Longues mains. Colonne vertébrale droite.

L'utérus s'élève à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La tête fœtale ballotte au détroit supérieur. La symphyse pubienne est très longue. Le sacrum est concave; bassin annelé par conséquent. Diamètre promonto-sous-pubien: 9 centimètres.

16 Août. — Le chef de service introduit sans difficultés le ballon excitateur de Tarnier. Écoulement de sang insignifiant.

A 4 heures du soir la femme n'avait pas eu de douleurs caractérisées. Cependant l'utérus se contractait par instants. Des mucosités malodorantes s'écoulaient par le vagin. Quelques injections antiseptiques firent disparaître cette mauvaise odeur. Le tube de caoutchouc semblait descendre. Je tire légèrement sur le tube et éprouvant une résistance, je m'abstiens de tractions plus fortes.

17 Août. — État général bon. Aucune contraction efficace pendant la nuit. Le tube tombe dans ma main ; le ballon s'était rompu au point d'attache du fil qui le fixe sur le conducteur métallique. Là s'était fait un trou imperceptible; véritable piqûre d'épingle par laquelle le ballon avait distillé son eau. Col mou, entr'ouvert.

18 Août. — Réintroduction d'un nouveau ballon Tarnier. Aucun écoulement sanguin. A 4 heures la femme souffre très peu. En somme même situation que la veille. Le ballon est en place.

19 Août. — Douleurs insignifiantes. Ballon rompu. Le chef de service introduit, alors, selon le procédé de Krause, entre l'œuf et la paroi utérine, une sonde-bougie de la grosseur du petit

doigt : l'extrémité libre de cette bougie est repliée dans le vagin. L'introduction a été faite sans difficulté, sans résistance forcée. Douze à quinze centimètres ont pénétré dans l'utérus. Léger écoulement sanguin.

A 4 heures, aucune douleur efficace. La sonde tend à s'échapper. On la repousse doucement dans l'utérus et à ce moment un demi-verre de sang s'écoule. On s'abstient de replier le bout libre de la sonde à cause de la sensibilité du vagin. On la maintient avec un bandage en T dont les linges étaient imbibés de sang à 5 heures. Je constate que la tête, qui était amorcée au détroit supérieur, ballotte et glisse aisément dans l'une ou l'autre des fosses iliaques. Je fais donner une injection vaginale qui détermine l'expulsion d'un caillot gros comme un poing de femme. Ce caillot n'est pas tout à fait récent. Il doit avoir quelques heures d'existence. La sonde glisse : je la retire, me gardant de la réintroduire de peur d'une nouvelle hémorragie. J'applique la ceinture eutocique, bien garnie d'ouate, coussins gonflés pour maintenir la tête au centre du détroit, la faire descendre, si possible, et exciter le réflexe utérin par la pression fœtale. L'état général est bon, mais la fatigue est grande. Les modifications du col sont insignifiantes.

19 Août. — Même état. La femme se plaint d'une aussi longue attente. Je demande au chef de service d'introduire le ballon de Barnes, le plus volumineux. Il l'introduit sans difficulté dans le canal cervical très ramolli. Aucune hémorragie.

Il n'y a pas de doute sur l'existence du travail ; mais d'un travail lent, comme il arrive, en général, quand un ou plusieurs facteurs de la dilatation manquent.

Avant l'introduction du ballon, la poche des eaux faisait hernie. On avait injecté 250 grammes d'eau, et la tête étant remontée comme la veille lors de la formation du caillot, on appliqua la ceinture eutocique. Peau un peu chaude, et légère diarrhée. Un gramme de sulfate de quinine en quatre paquets à prendre dans les vingt-quatre heures. On croit au dénouement, les douleurs

s'étant un peu accentuées après introduction du sac de Barnes.

A 4 heures elles sont arrêtées. Ballon dans le vagin. Femme épuisée moralement et physiquement. Je retire le ballon. Après un grand bain d'une heure, je fais transporter la parturiente dans les salles. Elle espère s'y reposer des duretés du lit de travail. On se borne à la prescription de quinine.

20 Août. — Retour à la salle d'accouchements. X... n'a pas dormi et en accuse la diarrhée qui a persisté toute la nuit ; mais en réalité c'est la continuation du travail, si lent qu'il soit, qui l'a privée de sommeil. Il s'accélère depuis 6 heures du matin. La tête est au détroit supérieur, fixée par les contractions. La veille on avait enlevé la ceinture, la tête étant redescendue après la chute du ballon.

La poche des eaux remplit tout le vagin. La tête est perçue derrière la symphyse. Si loin qu'on pousse le doigt les bords de l'orifice sont inaccessibles. L'œuf se rompt spontanément un peu plus tard; la femme pousse et expulse un fœtus du poids de 2.084 grammes. Diamètre bi-pariétal: 7 cm. 05, bien que l'enfant n'eût pas 7 mois : ce qui prouve que la rapidité de développement du fœtus est variable. Occipito-mentonnier : 11 centimètres. Occipito-frontal : 10 centimètres.

Délivrance complète. Sur la face utérine placentaire existe un caillot qui n'est pas tout à fait récent. Au bord du placenta, un cotylédon est déchiré. A cet endroit commence un sillon qui se prolonge à quelque distance. La sonde a passé par là. Pour éviter toute erreur, je fais une mesure comparative entre la longueur des membranes depuis l'ouverture de l'œuf jusqu'au bord du disque placentaire, et celle de la bougie. L'hypothèse se change en conviction. D'ailleurs les faits cliniques corroboraient la chose.

1892. — Cette observation démontre l'insuffisance du ballon Tarnier, l'inconvénient grave de la sonde de Krause, l'imperfec-

tion des sacs de Barnes, la supériorité du ballon Champetier qui n'était pas encore construit. Par son volume, par sa forme, par sa résistance, par la situation super-cervicale qu'il occupe, ce dernier est un agent de dilatation puissant et rapide. Pourquoi cette femme n'est-elle pas accouchée plus vite? Parce que les facteurs de la dilatation manquaient. Rien n'appuyait, ou tout appuyait mollement, sur le segment inférieur. Le réflexe utérin n'était pas excité. Les voies se sont ouvertes comme elles s'ouvrent, dit-on, chez les agonisantes, par le ramollissement des tissus poussés jusqu'aux limites de l'extrême flaccidité. De tels utérus, qui semblent fermés, baillent alors sous la moindre pression. Par conséquent, aujourd'hui en pareille circonstance, il convient, s'il y a primiparité, le cervix étant dilaté au moyen d'un petit ballon Tarnier, d'introduire un gros ballon Champetier. Il a comme tout moyen thérapeutique des inconvénients, en particulier celui de déplacer la région fœtale; mais c'est le seul dilatateur rapide et sûr.

OBSERVATION XVIII

Dilatation sacciforme par déviation du col de l'utérus. — Application de forceps au détroit inférieur. — Hémorragie post-partum. — Consanguinité. — Cures marines contre la stérilité.

1884. — Madame T... a eu ses dernières règles le 25 Septembre 1883. D. P. : 28 Juin; D. E. : 15 Juillet 1884. Mariage consanguin, cousins germains. Mari suspect de tuberculose. En 1882, consulté au sujet de la stérilité qui durait depuis cinq ans, j'ai conseillé une saison de bains de mer. Le conseil fut suivi en Août et Septembre 1883. Les règles d'Octobre ne parurent pas.

Grossesse. — Surexcitation nerveuse marquée. Véritable déraison. Refus absolu de se laisser examiner. Mme T... ne se rend pas

aux observations du sens commun. Le danger qu'elle peut courir, celui de son enfant, ne la touchent aucunement. Son mari ne voit dans tout cela qu'une tournure d'esprit paradoxale. Moi, je trouve le paradoxe assez hors de saison et je m'en inquiète. Je refuse de l'assister si je ne l'ai pas préalablement examinée en temps convenable. Elle finit par céder. Au huitième mois environ, palper: O. I. G. A.; tête engagée. Toucher très rapide; je sens la tête sous le plan du ligament triangulaire, et je retire le doigt sans explorer les parties molles. En somme je connais l'indispensable. Il ne saurait être question de rétrécissement avec ce degré d'engagement. Humeur noire pendant deux jours à la suite de cet examen. Ce n'est cependant pas Lucrèce.

Accouchement. — Début du travail le matin du 14 Juillet, veille du terme extrême. Je trouve la tête coiffée du segment inférieur; mais je ne peux atteindre le col, tant Mme T... est indocile. Faites donc de l'antisepsie dans de pareilles conditions! Je me borne à la prêcher, et à dégager toute responsabilité. Le soir du 14, elle se laisse mieux examiner. Le col, irrégulièrement effacé, est collé contre la paroi gauche de l'excavation. La lèvre correspondante est épaisse; la droite, qui se continue sans démarcation avec le segment inférieur est mince comme ce segment lui-même, qui supporte toutes les pressions. En somme déviation gauche de l'orifice; dilatation sacciforme. Traitement: patience et longueur de temps. Palper: O. I. G. A. Le fœtus ne paraît pas gros. Le matin du 15 Juillet, orifice toujours à la même place, mais souple et se laissant entr'ouvrir quand on tire doucement la lèvre droite vers le centre de l'excavation. Glaires abondantes. Je laisse à la nature le soin de redresser elle-même les choses. L'utérus est bon enfant quand on ne le malmène pas. Dans la journée du 15 l'orifice gagne peu à peu la ligne axiale. Le soir il est au centre et de la grandeur d'une pièce de cinq francs, à bords épais; mais c'est l'épaississement secondaire; il n'y a pas de rigidité. Douleurs peu énergiques; vagin très tendu; périnée souple. Mme T..., domptée par

la longueur du travail, ne résiste plus aux examens. Pouls : 75. Langue excellente. Les membranes se sont probablement rompues le matin. Très peu de liquide écoulé, et il en reste à peine dans l'utérus. Fœtus en parfaite santé, les contractions étant suffisamment espacées et peu prolongées.

A minuit, premier cri expulsif. Les grands diamètres de la tête n'ont pas encore franchi l'orifice utérin. A une heure ils le dépassent et le sommet arrive sur le périnée, tourne et entr'ouvre l'orifice vulvaire. Fortes douleurs. Mme T... me dit: « Prenez-le par les oreilles », ce que je me décide à faire vers trois heures. Forceps Tarnier à courbure périnéale. Opération simple et classique. Je n'introduis pas la main en arrière et en totalité comme je recommande à mes élèves de le faire quand la tête est élevée et l'orifice dilatable et non dilaté, de façon que ses lèvres soient sûrement dépassées par l'extrémité des doigts. J'introduis deux phalanges de quatre doigts, et de champ ou à peu près, ce qui évite à la femme de grosses douleurs. Je ne comprends pas comment on peut craindre de heurter et crever les culs-de-sac vaginaux, quand on a toutes preuves de la dilatation complète, quand les doigts sont en contact avec le fœtus, et quand on conduit l'instrument avec douceur, comme un cathéter, sans jamais rien forcer. Il n'est pas toujours possible de sentir les lèvres cervicales. Tête facilement saisie; mais non comme le désirait Mme T... Les joues sont dans les fenêtres de l'instrument. Ce n'est qu'au détroit inférieur après rotation que le forceps réalise l'idéal. Je suis très satisfait de la brièveté des cuillers de ce modèle; mais la courbure des branches de préhension serait un obstacle au mouvement de spire, quand on opère plus haut, dans le bassin. Extraction un peu pénible : périnée résistant, difficile à creuser; je suis faiblement aidé par la contraction. Naissance d'un garçon de 3.000 grammes.

Délivrance normale; l'utérus se contracte et se rétracte mollement. Je le surveille de la main jusqu'à ce que le placenta engagé en partie dans le vagin puisse être extrait sans que ma

main droite qui tient le cordon fasse autre chose que le guider au dehors. Je surveille encore l'utérus pendant vingt minutes environ ; puis je quitte Mme T... ; mais en restant dans la maison. Je ne suis pas tranquille ; l'utérus n'a pas une consistance rassurante. En effet, une heure après, hémorragie et syncope. J'accours. J'enlève les caillots non sans peine, tant l'orifice vaginal laisse difficilement passer la main. Injections vaginales d'eau à 45°. Injection hypodermique d'éther : 1 gramme.

Suites. — Physiologiques.

1892. — J'ai assisté à plusieurs naissances d'enfants issus de mariages consanguins et que j'ai pu suivre durant nombre d'années. J'ai vu, au moment de la naissance, les résultats les plus désastreux (monstruosités) et les plus favorables en apparence (fœtus bien constitués, vigoureux). J'ai encore vu au cours du développement les résultats les plus désastreux (nanisme, idiotie) ; mais je n'ai jamais vu les plus favorables. Cela ne veut pas dire qu'ils n'existent pas.

Il est possible que de l'union consanguine puissent sortir des rejetons qui, à l'âge adulte, représentent de beaux spécimens de la race ; mais je crois qu'en pareil cas, les parents doivent être eux-mêmes des individus sans tare héréditaire, exceptionnellement vigoureux.

Quoique inexpliqués, les effets bienfaisants au point de vue de la fécondité, des cures maritimes, sont indiscutables. A leur influence, s'ajoute celle de la réunion conjugale, après un repos hygiénique. J'ai cru pendant longtemps que le séjour au bord de la mer devait être interdit à certains tempéraments excitables et que les femmes nerveuses en particulier n'en retiraient aucun profit. Je suis revenu de cette généralisation ; mais il importe de bien choisir le lieu de séjour et, en règle générale, d'envoyer les lymphatiques aux plages du Nord et les nerveuses, les congestives, en Bretagne dans les baies abritées. La cure d'altitude

réussit également. L'appétit et le sommeil sont le critérium du bien ou du mal que font la mer ou la montagne.

Les déviations du col utérin pendant le travail ont deux causes. La plus fréquente est l'obliquité du corps. On y remédie en faisant coucher la femme du côté opposé à celui vers lequel le fond de l'utérus s'incline. On redresse ainsi l'axe utéro-fœto-pelvien. Mme T..., dont l'organe gestateur maintenu en place par des parois abdominales résistantes avait son inclinaison normale et se plaçait sur la ligne médiane en s'érigeant à chaque contraction, n'avait pas de déviation congénitale du col. Faut-il admettre comme cause de cette dilatation sacciforme un développement inégal du segment inférieur de l'utérus gravide ?

Patience et longueur de temps sont en pareil cas le meilleur mode de traitement. L'effacement et la dilatation ne se font pas seulement, par la pression et l'introduction, dans les orifices, de la pointe de l'œuf. Ils se font par le ramollissement et l'imbibition des tissus qui peuvent être dilatables en peu d'instants alors qu'on sent par le toucher les orifices fermés, ou entr'ouverts. Il suffit que le coin fœtal appuie pour achever la dilatation, quoiqu'elle semble à peine ébauchée.

Je partage encore aujourd'hui les idées que j'exprime au sujet de l'introduction du forceps. Inutile de se préoccuper des lèvres cervicales et de chercher à les dépasser avec la main, quand la tête est à nu sur le périnée en position pubienne, à condition de manier l'instrument comme un cathéter. Le forceps dont je me suis servi, premier modèle de M. Tarnier, aujourd'hui abandonné, était, comme je le supposais alors, impropre au mouvement de spire; mais il avait de bonnes cuillers, courtes, et moins d'écart des branches que le modèle adopté depuis.

1906. — Si j'avais connu le massage à l'époque où j'ai accouché Mme T..., je n'aurais pas eu de syncope et peut-être pas d'hé-

morragie. Du moins, j'ai évité les premières du jour où j'ai pratiqué la malaxation légère du paquet viscéral et du creux épigastrique. Vous éviterez ainsi et ferez disparaître rapidement les syncopes par ce procédé. Voyez obs. XCI.

OBSERVATION XIX

Inconvénients des périnéorraphies. — Périnées esthétiques et périnées fonctionnels.

1884. — Enceinte pour la quatrième fois, W... a été opérée avant la grossesse actuelle pour une rupture complète du périnée. Cet accident date du premier accouchement. La restauration est si parfaite au point de vue esthétique, qu'à la vue on ne s'en douterait pas, si la vulve n'était un peu petite pour une femme ayant trois enfants ; mais il n'en est plus de même au toucher. Le doigt, en franchissant l'anneau vulvaire, éprouve la sensation d'un orifice diaphragmatique fibreux, mince, analogue à du parchemin mouillé, au niveau de la commissure postérieure. Derrière cette commissure, chute immédiate dans une citerne où l'urine séjourne. L'index gauche pénétrant dans l'anus, enfonce la cloison qui sépare le rectum de la citerne, et se coiffe de cette paroi sans élasticité, comme d'un doigt de gant.

R. T. : 9 Janvier 1884 ; D P. : 12 Octobre ; D. E. : 29 Octobre. La vulve est si petite, le périnée si long que je repousse l'idée d'accouchement provoqué un peu avant la D. P. Un fœtus de 7 mois ferait craquer cette vulve miniature.

Accouchement. — Le 10 Octobre, deux jours avant la D. P. Arrêt de la tête à la vulve. Extraction lente par le forceps d'un enfant de 4 kilog. On vit à ce moment que la nature s'entend mieux que l'art chirurgical à la construction de la sangle péri-

néale. Elle la fait élastique. Le chirurgien la fait fibreuse et cicatricielle.

Trois obstacles s'opposaient à la sortie du fœtus : d'abord l'étroitesse vulvaire ; ensuite la hauteur du périnée, barrure que vainquent patience et lenteur, quand les tissus ont toute souplesse. La suppression de cette qualité physiologique constituait le troisième obstacle. Extensible, mais non élastique, à la façon des mauvais caoutchoucs qui se laissent étirer, puis se fendillent et cassent, ce périnée s'est laissé distendre jusqu'à mesurer, sur la ligne médiane, 85 millimètres. Alors eut lieu la rupture, sous forme d'éclatement avec déchiqueture du derme, bien qu'elle se fût amorcée d'abord suivant une ligne droite. La plus considérable de ces déchiquetures, sorte de vergetures éclatées, avait la forme triangulaire que les chirurgiens donnent à certaines surfaces d'avivement. Mon seul souci fut de ménager la cloison qui demeura intacte.

1892. — On ne doit pas restaurer le périnée des femmes en âge de devenir mères, à moins qu'elles ne retiennent pas les excréments solides. Cela est rare, et dans ce cas on se bornera aux sutures strictement indispensables.

1906. — J'ai accouché quelques femmes dont le périnée avait été, précédemment, rompu jusqu'à l'anus. On observe bien alors la puissante musculature du vagin qui s'allonge sur la région fœtale et se rétracte derrière elle comme l'orifice utérin.

On pourrait objecter à ma proposition de 1892 que le périnée, suivant une opinion très accréditée, prend part au soutien de l'utérus, et que sa disparition favorise l'abaissement et l'issue au dehors, de l'utérus. C'est une erreur ; il ne manque pas de prolapsus avec périnée intact, et j'ai constaté chez une femme qui avait quatre centimètres de la cloison rompus depuis plusieurs

années, un utérus si haut situé que le doigt atteignait difficilement le col. J'ajoute ceci : logiquement, quel support peut fournir aux organes génitaux le périnée esthétique chirurgical ? Pratiquement, qui est-ce qui a vu un utérus prolabé reprendre sa place après restauration du plancher ?

OBSERVATION XX

Hydramnios. — Gros enfant. — Expulsion spontanée d'un énorme paquet de fibrine formant une épaisse membrane.

1884. — La sixième grossesse de P... s'est passée sans incidents comme les cinq précédentes. R. T. : 11 Mars. D. P. : 13 Décembre ; D. E. : 30 Décembre.

L'accouchement a lieu le 3 Janvier, quatre jours par conséquent après la D. E. Hydramnios considérable, mais qui s'est accru surtout dans les derniers jours de la grossesse. Fluctuation manifeste ; parties fœtales éloignées au palper. Au toucher, tête élevée et ballottante. Anneau vaginal œdémateux formant faux col. Bords de l'orifice minces, tendus ; ténuité de fil comme chez les primipares, au début de la dilatation. Membranes tellement épaisses que je me demande ce que je touche. Elles se rompent spontanément et un fœtus de cinq kilos, précédé et suivi d'un torrent d'eau, est rapidement expulsé.

Œuf entier et énorme. Nombreux graviers sur la face placentaire utérine. Au moment où l'œuf s'est rompu, une sorte de peau a été chassée au dehors avant l'enfant. C'est un disque large comme mes deux mains réunies, très opaque, très blanc.

D'autres lambeaux semblables mais de petite taille ont été expulsés pendant les suites de couches. Examinés au collège de France ils ont été considérés comme formés de fibrine pure.

On assiste de loin en loin à l'expulsion, pendant les suites de

couche, de lambeaux analogues, mais de petite dimension. En compulsant mon journal, je constate que l'hydramnios a toujours coïncidé. Je n'ai plus rencontré de pseudo-membrane de la dimension extraordinaire signalée dans cette observation.

OBSERVATION XXI

Pseudencéphalie. — Ce que donne la palpation.

1884-85. — Trois grossesses, trois accouchements à terme spontanés. Trois enfants vivants, superbes, l'aîné âgé de 9 ans. R. T. : 10 Mars; D. P. : 12 Décembre ; D. E. : 29 Décembre.

Grossesse. — Normale. Je vois, pour la première fois, Mme V..., au mois d'Octobre. Frappé de la petitesse du fœtus, je lui demande si elle ne se trompe pas de date. Aucun doute. Elle est parfaitement réglée.

Je revois Mme V... dans les premiers jours de Décembre. Présentation du siège. Je ne puis atteindre la tête, bien que le sillon de l'épaule soit net. L'eau paraît assez abondante. Fœtus très mobile. S. I.D.P. Je refoule la région supérieure vers l'hypochondre gauche et suis frappé de ne pouvoir sentir distinctement le crâne. Enfin, je tiens sous les doigts une masse dure qui ne ballotte pas. Je l'abaisse, en même temps que je refoule en haut le siège; tout à coup elle m'échappe et je ne puis la retrouver, ni dans les flancs, ni au dessus de l'excavation. Le siège me semble revenu en bas ; cependant je ne trouve pas, à la partie supérieure de l'utérus, le sillon de l'épaule.

Je reviens deux jours après. Même hésitation de diagnostic. Est-ce le siège, est-ce la tête qui est en bas? Je ne sens pas, au fond de l'organe, la rondeur lombo-fessière. Je me demande si le fœtus n'est pas très petit et la quantité d'eau considérable.

J'interroge de nouveau Mme V... sur le point de départ de la grossesse en exprimant mes doutes. Elle affirme catégoriquement. De deux choses l'une, ou je manque de doigté ou j'ai affaire à une malformation du crâne. J'envoie chercher une ceinture. J'amène au détroit supérieur... ce qui doit être la tête, et je fixe... la ceinture.

Je reviens le lendemain. J'enlève la ceinture. Le siège est retourné à sa première place. J'ai bien affaire à un siège complet ; caractères incontestables de la rondeur lombo-fessière et des petites parties. Je porte la main au fond de l'utérus en me jurant que j'y trouverai la tête ou que je saurai pourquoi elle n'y est pas. Point de tête, mais le sillon de l'épaule. Dos à gauche. Je déprime la paroi au delà de l'épaule profondément, au voisinage de la ligne médiane. Je perçois profondément une tumeur dure. Je refoule le dos à droite. J'applique la tumeur dure contre la paroi abdominale. Je la maintiens de la main gauche, bien décidé à ne pas la lâcher. Je refoule le siège en sens opposé. J'amène la tumeur jusqu'au flanc droit ; ici la dureté me semble moindre. A ce moment l'enfant se débat. Jamais je n'ai observé cette résistance active du fœtus ; plus je presse sur cette tumeur, qui décidément n'est plus dure, plus l'enfant s'agite. Je renonce à mes tentatives dangereuses, dans l'hypothèse de circulaires d'un cordon qui se tend, résiste, gêne le fœtus et provoque ces mouvements insolites. Je n'abandonne pourtant pas la partie et me décide à pratiquer encore une fois la version, en sens opposé. Le surlendemain j'essaie donc l'évolution de droite à gauche. Le siège était en bas. Je retrouve les sensations de la première et de la dernière opération, sauf celle des mouvements fœtaux. La tumeur, tantôt dure, tantôt molle, est amenée par moi dans le flanc gauche puis m'échappe brusquement. Je crois la retrouver au-dessus du détroit supérieur ; mais là non plus, les sensations ne sont pas nettes. Il me semble bien sentir une partie dure à droite, mais à gauche a région fœtale ne paraît pas osseuse. Ce qui est sûr, c'est que

le siège, primitivement en bas, est en haut. Rondeur et continuité lombo-fessière caractéristique. Je touche. Une région fœtale est amorcée dans l'excavation, mais sous la pression du doigt, elle se retire brusquement... en me donnant la sensation d'un coup de talon!! Décidément j'y perds mon latin. Je supprime la ceinture. Je vais trouver le Dr N... dont Mme V... est cliente et je lui annonce, qu'à mon avis, l'enfant a la tête malformée, ou qu'il est très petit, flottant dans beaucoup d'eau — ce qui rend les sensations peu distinctes, — et de plus gêné par une disposition vicieuse du cordon. Voilà ce qui s'appelle ne pas se compromettre.

Je revois à diverses reprises Mme V... dont l'accouchement est retardé, et, quoique l'enfant ait grossi, je constate que le pôle céphalique reste indistinct. Le siège est en haut habituellement. Jamais d'engagement.

Accouchement. — Le 13 Janvier, c'est-à-dire trois cent neuf jours après la fin des dernières règles. R. T. : 10 Mars 1884 ; D. P. ; 12 Décembre; D. E. : 29 Décembre. La D. E. a donc été dépassée de quinze jours.

Premières douleurs à dix heures du soir. J'arrive à une heure. Dilatation grande comme cinq francs. Grosse poche des eaux. Région fœtale éloignée, molle, divisée par un sillon. Battements du cœur lents. Palpation sans résultat. Rupture de la poche à trois heures environ. Dilatation complète. Région fœtale abaissée. Je crois sentir le sillon interfessier. Le doigt parcourt deux tumeurs molles séparées par une rainure profonde. A l'une des extrémités, petite crête osseuse. Est-ce le coccyx? Cette crête a une pointe bien aiguë ; mais voici l'anus. Est-ce l'anus ? alors, il est étonnamment béant pour un enfant vivant. A l'autre extrémité du sillon quantité de très petites parties. Vallonnements et monticules de la face, ou orteils? Dans le doute, je mets Mme V... en situation obstétricale. Deux tumeurs violacées paraissent à la vulve. Je les touche en les déprimant. Tout l'enfant recule. Une contraction survient et la face se montre en travers. C'est

un pseudencéphale. J'extrais le tronc; je jette un linge sur le monstre, et coupe le cordon sans le lier. Le sang s'en échappe par jets. Je porte le fœtus dans la chambre voisine. Il est très volumineux et admirablement bâti, torse et membres. La tête a la forme typique de crapaud. Le frontal n'existe pas, y compris la paroi supérieure de l'orbite; l'occipital paraît petit; sur le vestige des pariétaux, existe une saillie encore mobile ; c'est elle qui m'avait fait croire au coccyx. Les deux vésicules cérébrales, hémisphères incomplets, recouverts des enveloppes fibreuses, sont à nu. Je les comprime pour reproduire expérimentalement les phénomènes de sursaut et de recul. A chaque compression, l'enfant se ramasse comme une grenouille pour s'élancer, puis se détend brusquement. Il fait quelques inspirations. Aussitôt le sang cesse de couler par le cordon. Je l'abandonne et retourne auprès de Mme V... Délivrance naturelle, placenta normal. Une heure et demie après, je revois le monstre. Il respire, il est rose, il crie; mais sans énergie. Je le plonge dans un bain froid. Ses poumons y fonctionnent un temps qui, sans évaluation certaine, m'a paru long; puis le creux épigastrique se déprime profondément, une mousse blanche sort par la bouche, le méconium est expulsé, la peau pâlit, et la mort survient.

1906. — Je ne crois pas qu'il y ait, dans la science, d'observation aussi complète; mais je n'ai pas tout lu. P. Dubois aurait, si mes renseignements sont exacts, signalé les tressaillements des pseudencéphales.

La cause de cette monstruosité dans le cas de Mme V... n'est certainement pas la syphilis. Elle en a accusé une émotion vive perçue à Naples dans un musée au début de sa grossesse. Je m'étais demandé (*Annales de gyn.*, 1885) si la trépidation de voyages fréquents et prolongés, faits dans les premières semaines, n'avait pas causé la malformation. Les curieuses expériences auxquelles j'avais assisté jadis dans le laboratoire du savant

Dareste, m'influençaient. Cela peut être, mais est actuellement aussi hypothétique que l'influence des émotions.

OBSERVATION XXII

Hérédo-syphilis possible à la seconde et troisième génération. — Accouchements prématurés. — Brièveté accidentelle du cordon. — Pinces funiculaires. — Pseudo-rétrocession du travail. — Œdème cervical douloureux post-pubien.

1885. — Madame K... est accouchée prématurément, il y a deux ans environ. Par accident, croit-elle. Je demande à voir le produit. Pas merveilleux. Fille chétive et malingre. J'interroge le mari. Il n'a jamais eu la syphilis. Son père non plus. S'il y a de l'hérédité c'est du côté de Mme K..., qui ne présente elle-même rien de spécial à noter ; mais une nièce de Mme K... a la jambe droite moins forte que la gauche, le pied correspondant plus court, ramassé, presque bot. L'œil du même côté, en apparence sain, n'a jamais vu clair.

En somme troubles trophiques congénitaux, qui se sont révélés dans la seconde enfance. De plus le sternum est déformé. Je constate que cette déformation en voussure avec saillie du bord costal gauche existe chez la fillette malingre de Mme K..., qui m'apprend qu'elle existait également chez sa mère. Son père, l'aïeul des enfants à la déformation sternale, est un homme de six pieds. Un autre de ses petits-fils est ozéneux ; un autre n'a pas la taille exigée pour le service militaire.

Ces questions d'hérédo-syphilis m'intéressent depuis le jour où mon ami N... m'a raconté certaine histoire de sa clientèle. (Voyez obs. XLII.)

Grossesse sans incidents spéciaux sauf l'incomplète évolution.

Accouchement prématuré le 5 Juillet. R. T. : 18 Octobre ; D°

P. : 22 Juillet; D. E. : 8 Août. Premières douleurs et rupture simultanée des membranes à trois heures du matin. La sage-femme me mande au moment de la rupture. Elle m'annonce une dilatation grande comme cinq francs. Je touche. Orifice de la taille d'une pièce de deux francs. Sage-femme penaude. Je lui explique comment en réalité, son appréciation devait être juste. Les bords de l'orifice sont revenus sur eux-mêmes, en s'épaississant, après la rupture, parce que la région fœtale ne maintenait pas la dilatation. C'est une pseudo-rétrocession du travail. Ce n'est pas l'épaississement secondaire physiologique consécutif à l'amincissement primitif. Il faudra que cet orifice sous la pression céphalique redevienne mince avant de s'ouvrir.

Il faut en effet deux heures de contractions pour que les lèvres cervicales s'amincissent. Un œdème douloureux de la partie antérieure du col ralentit le travail et en fait une sorte de supplice à l'approche de la dilatation complète. Je réussis à le supprimer en refoulant en haut, avec le doigt, la région œdématiée. Autre chose me préoccupe. J'avais entendu, en auscultant, deux bruits de souffle, l'un, maternel à gauche, l'autre à droite s'étendant au-dessus du pubis et d'origine fœtale. Ce n'était pas un souffle cardiaque, car tout à fait à droite on percevait les battements du cœur sans le souffle. Foyer maximum sur la ligne médiane, le fœtus étant en écharpe. Là, et dans un rayon très étendu, souffle très marqué masquant les bruits. La persistance de ce souffle, qui n'était pas localisé en un point, me suggère l'idée qu'il est produit par des circulaires serrés.

Un autre fait vient confirmer cette hypothèse. A la dilatation complète, malgré d'énergiques poussées, la tête a quelque peine à descendre. Une puissante contraction l'amène enfin sur le périnée. Elle entr'ouvre lentement la vulve, et en même temps un ruisseau de sang s'échappe à gauche. Mme K... pousse avec énergie. J'avais eu le tort de rester à sa droite. Aussi j'ai toutes les peines du monde à retenir la tête de la main gauche bien que je la double avec l'autre main, qui dans cette situation a moins de force

que seule dans la situation gauche de l'accoucheur. De plus, mes pieds glissent sur le plancher très ciré.

La tête se dégage. Accroc du périnée, dans le tissu cicatriciel d'une petite entaille réparée à tort après le dernier accouchement. Deux circulaires indesserrables. Le tronc est retenu par la tension du cordon. Je place mes pinces funiculaires et coupe entre deux. Dégagement brusque, consécutif à la détente. Fille de 2.800. Délivrance naturelle. Marge du placenta à six centimètres de l'orifice vulvaire. C'est une cause d'interruption de la grossesse avant terme, d'après Pinard, et des centaines d'observations prouvent cette concordance. Le premier accouchement de Mme K..., prématuré comme le second, a débuté aussi par l'éclatement de la poche.

Les suites ont été normales. Quatre changements de nourrice dont l'une est exceptionnelle. Malgré cela l'enfant croît avec peine et irrégulièrement.

1886. — L'enfant resté petit et délicat est atteint de paralysie du membre inférieur droit qui s'atrophie. Je conseille au mari de Mme K... de faire l'essai du traitement spécifique du germe, dans l'espoir d'améliorer les futurs rejetons. Voyez à ce sujet les obs. XLII et LXXXIII. Mr K... préfère couper court à la reproduction.

OBSERVATION XXIII

Cause peu commune de dystocie due à l'exagération d'un phénomène physiologique. — Forceps.

1885. — Madame B..., primipare, a eu ses dernières règles du 9 au 14 Août. D. P. : 16 Mai ; D. E. : 4 Juin. Accouchement : le 6 Juin. Il s'est donc écoulé 294 jours francs entre la fin des

dernières règles et la naissance, et la D. E. a été dépassée de quarante-huit heures.

Mme B... s'est bien portée pendant sa grossesse. L'examinant en Avril, à sept mois et demi environ, je suis frappé de deux choses ; engagement prononcé de la tête, longueur du périnée. L'orifice vulvaire est situé en avant ; la commissure postérieure n'est séparée du ligament triangulaire que par un court intervalle.

Le 4 Juin, à 9 heures du matin, Mme B... souffre, depuis la veille au soir, de douleurs faibles; mais sans repos. Quelques glaires sanguinolentes.

A 2 heures, diagnostic par le palper : O. I. G. A. Toucher : à l'orifice vulvaire, le doigt se heurte contre la tête coiffée du segment inférieur de l'utérus. Celui-ci est si exactement appliqué contre le périnée, que l'index poussé vers la concavité du sacrum est serré à ne pouvoir pénétrer. Cette sensation de pincement, d'obstacle presque insurmontable, est celle qu'on éprouve lorsqu'on glisse le doigt entre le périnée et la tête du fœtus, chez une primipare en pleine période d'expulsion. Impossibilité absolue d'explorer sans violence la totalité du segment inférieur de l'utérus. Du fin bout de la phalangette je sens... je devine, le bord antérieur de l'orifice, épais et irrégulier, situé tout à fait en arrière. Il y a probablement encore un vestige du col. Besoin d'uriner très fréquent; grandes difficultés pour aller à la garde-robe depuis quinze jours sans qu'il y ait eu constipation pendant la grossesse. Un seul coït au quatrième mois environ. En l'état actuel, toute introduction sans violence aurait été impossible.

Je revois Mme B... le lendemain matin. Nuit sans repos comme la précédente ; douleurs toutes les cinq minutes. J'atteins bien nettement la lèvre antérieure de l'orifice, situé à la place où j'avais deviné la veille un dernier vestige du col. Je constate avec satisfaction que cette lèvre est mince et souple ; j'évalue la dilatation à la grandeur d'une pièce d'un franc, tout au plus.

A 3 heures de l'après-midi, douleurs plus vives. Lèvre anté-

rieure de l'orifice facilement accessible, toujours en arrière et d'une grande souplesse. Je l'attire doucement en avant. Une petite poche des eaux fait hernie pendant les douleurs.

A 7 heures, l'orifice est au centre. J'en parcours les bords. Sa grandeur égale cinq francs.

De 7 heures à minuit, la dilatation fait de lents mais réels progrès, et l'orifice atteint graduellement les dimensions d'une paume de femme.

A 4 heures du matin, je constate que la dilatation n'a guère avancé, et je me décide à rompre cette poche.

Les douleurs, devenues moins vives, se réveillent, mais avec lente efficacité. A 7 h. 1/2 du matin, la région fœtale est cerclée par l'orifice qui remonte sur elle. La dilatation est évidemment presque complète, et si la tête pouvait repousser le périnée, ses grands diamètres franchiraient au premier effort l'anneau utérin. J'avais déjà demandé à Mme B... de pousser. Je l'y engage de nouveau. Aucune tension du périnée. L'anneau reste à la même place. A ce moment, un peu de liquide amniotique s'échappe de la vulve. Il est légèrement teinté en jaune. Battements du cœur fœtal normaux. Malgré cela, je me décide à intervenir de suite, par une application de forceps, voulant prendre, pour l'extraction, tout le temps nécessaire à la conservation des organes maternels. La rotation est faite.

Les quatre doigts de la main introduits, rencontrent les bords de l'orifice utérin serrés autour de la tête. On ne peut les faire passer sans violence entre elle et ce cercle, qui durcit au moment des contractions. J'essaie de le refouler, sans succès, par-dessus la région fœtale. Il faut attendre la rupture cervicale physiologique. Tout à coup, du sang s'écoule, l'anneau rigide disparaît, les doigts pénètrent, et je sens les bords de l'orifice, mous, en contact avec la face dorsale de l'extrémité des doigts. Mise en place des cuillers du forceps. Extraction pénible.

Il fallait creuser et allonger en gouttière le périnée, déjà trop long. Il bombe lentement. Battements du cœur disparus.

L'aiguille se relève et je me mets debout, l'instrument étant perpendiculaire au sol. Périnée extrêmement tendu. Énorme saillie du rectum très ouvert.

Quand le front paraît, l'instrument se renverse vers le ventre, je saisis à pleines mains ses quatre branches et je dégage les bosses frontales dans l'intervalle des contractions. Saisie parfaite ; celle de toute application directe. Éraillure de la fourchette. Malgré tous les soins, l'épaule postérieure accrochant et balayant ce long périnée transforme l'éraillure en une déchirure qui s'arrête hors du sphincter. Issue, avec le tronc, d'un flot de méconium dilué et d'un paquet de méconium pur. L'enfant, de moyen volume, est embarrassé de mucosités, mais la respiration s'établit.

Deux des phénomènes dits physiologiques de l'accouchement, la dilatation de l'orifice et l'expansion du périnée, doivent se succéder et ne peuvent se faire simultanément. Pour que ces phénomènes s'accomplissent avec régularité, il faut qu'il y ait un espace vide entre le segment inférieur de l'orifice et la sangle périnéale. Alors, la poche des eaux ayant préalablement fait son office de ballon dilatateur élastique, la région fœtale, en descendant à la manière d'un coin, achève mécaniquement la dilatation, commencée par la poche, préparée par le ramollissement physiologique des tissus, et activée par le tiraillement que les fibres longitudinales du corps de la matrice exercent sur les fibres circulaires du col. La contraction utérine est une force qui pousse et tire.

Si la région fœtale, coiffée du segment inférieur de l'utérus, est en contact immédiat avec la sangle périnéale, des quatre facteurs de la dilatation, deux sont annulés : 1° la poche des eaux, qui est nécessairement petite ; 2° la descente de la tête, qui est retenue par le plancher périnéal. Reste le ramollissement physiologique des tissus produisant cette souplesse que j'ai constatée avec satisfaction chez Mme B... et les tractions des fibres du corps de l'utérus sur le sphincter du col.

Ces deux facteurs subsistent seuls, car la tête ne pourrait descendre qu'à condition de creuser le périnée et d'allonger le segment inférieur de l'utérus, chose impossible. Alors la dilatation se fait par retrait du sphincter utérin, au-dessus de la région fœtale, à l'imitation de ce qu'on observe parfois quand la tête, retenue longtemps au-dessus du détroit supérieur, ne peut descendre.

OBSERVATION XXIV

Hémorragies du septième et du huitième mois. — Rupture ovulaire et placenta diamétralement opposés.

1885. — Une dame de ma clientèle, secondipare, a eu au septième et au huitième mois, à cinq semaines de distance, deux hémorragies. L'adaptation fœtale s'est faite dans le courant du neuvième mois. Peu d'engagement. Vous devinez à quoi je m'attendais... Eh bien, l'accouchement, point sanglant, s'est fait à terme. De plus j'ai rompu la poche à la dilatation complète. Délivrance naturelle. En raison des hémorragies et à défaut d'albuminurie, j'avais diagnostiqué une insertion vicieuse ou tout au moins proche de l'orifice utérin, et assez basse, étant donné le défaut d'engagement. Or, le placenta était entouré de tous côtés d'une égale étendue de membranes ; l'orifice ovulaire lui était opposé diamétralement, d'où l'on peut conclure qu'il occupait le fond de l'utérus. Les hémorragies étaient cependant d'origine placentaire. Alors... il ne faut pas dire en pareil cas hémorragie par insertion vicieuse ; mais hémorragie par tiraillement placentaire... si tiraillement il y a.

1906. — Dans les hémorragies d'origine placentaire, j'ai vu

bien souvent le placenta inséré à 6 et 7 centimètres de l'orifice. Pinard, Ribemont, Varnier ont montré la fréquence de l'insertion sur les flancs utérins avec empiétement varié sur le segment inférieur. Seulement il n'y a pas toujours hémorragie. Lorsqu'elle manque, les membranes se rompent prématurément. C'est du moins une très fréquente alternative, d'où Pinard a tiré son excellente méthode d'hémostase par rupture artificielle de l'œuf. On éviterait ainsi le décollement placentaire que produit le tiraillement des membranes.

Dans mon cas il y a eu hémorragie et le placenta s'insérait au fond de l'utérus. Même dans cette situation il pourrait être tiraillé; mais alors l'œuf décollé doit être libre d'attache dans sa portion membraneuse et chassé à travers l'orifice. Or les hémorragies d'origine placentaire se font fréquemment à une époque où le col est fermé. Faut-il admettre le développement tardif du segment inférieur et la poussée de l'œuf dans cette partie par la contraction utérine? mais les utérus qui saignent peuvent être mous comme des chiffons. La contraction indolore ou douloureuse manque souvent et, en général, dès qu'elle s'éveille, la perte s'arrête ou diminue. D'où je conclus que nous connaissons imparfaitement le mécanisme des hémorragies placentaires.

1907. — Lisez l'observation XCIX.

OBSERVATION XXV

Application de forceps dans l'excavation. — Asphyxie. — Insufflation. — Enfant ranimé. — Mort. — Autopsie.

1885. — On me fait savoir, de la salle de travail, que les battements du cœur d'un fœtus deviennent irréguliers. J'avais vu, à mon arrivée, sa mère debout et marchant — par ordre — pour

activer les contractions insuffisantes. Or, la poche était rompue depuis longtemps. Conséquence : distillation complète de ce qui restait d'eau protectrice. J'avais remis de suite cette femme au lit. Tête dans l'excavation. Asynclitisme, c'est-à-dire inclinaison du pariétal antérieur, sagittale en arrière. Cœur à ce moment bien rythmé.

J'avertis le chef de service, alors en pleine visite. Il s'interrompt de suite, accourt, demande un Levret, fait mettre la femme en travers et... opère... branche gauche toujours la première, tenue de la main gauche, introduite à gauche, tout doit être gauche... excepté l'accoucheur.

Les cuillers sont placées aux extrémités du diamètre transverse du bassin. La prise sera irrégulière si la tête ne tourne pas. En effet elle est irrégulière car les manches de l'instrument articulé, sont trop écartés l'un de l'autre. Ils se rapprochent dès les premières tractions. La tête a donc tourné dans les cuillers. Maintenant la prise est régulière. Petits mouvements de latéralité, très doux il est vrai, condamnés par l'une des chapelles de l'église obstétricale, peu nuisibles entre les mains d'un opérateur aussi adroit, mais qui le deviendraient en d'autres mains et dont on ne se défend guère quand on emploie Levret. Cet ébranlement du clou qu'on veut arracher est presque machinal. Le forceps Tarnier nous en délivre.

On n'ausculte pas pendant l'extraction, remarquablement dirigée par le relèvement graduel des manches jusqu'à toucher le ventre de la femme quand la tête se défléchissant franchit l'orifice ; mais extraction pénible et trop lente. L'enfant est syncopé, fait un ou deux efforts inspirateurs, puis reste inerte comme un chiffon.

On le transporte sur la petite table. Le chef de service projette sur le creux épigastrique un jet d'eau froide ; puis l'enveloppe de linges extrêmement chauds. C'est, d'après mon expérience encore jeune, le meilleur traitement de la mort apparente. Quand il ne réussit pas, l'insufflation a peu de chance. Le chef de service

la pratique, après échec des linges chauds. Il n'aspire pas au préalable les mucosités. J'ai la main sur le cœur muet. Après quelques insufflations, je perçois un battement... pan... un peu plus tard... pan... pan — arrêt... pan... pan, pan pan. J'annonce que les actions montent. Le chef de service persiste. L'air pénètre... L'enfant m'est abandonné. Je continue l'insufflation sans foi. Tous les enfants que j'ai insufflés ou vu insuffler après échec des linges chauds, ont fini par succomber, quelquefois après avoir respiré durant plusieurs heures. C'est le cri, et non le geignement, qui détermine le pronostic favorable. Celui-là ne geint même pas. J'ai si peu de confiance que je commande un bon pour conserver ce fœtus dans l'alcool ; mais je persiste à insuffler, et une heure et demie après sa naissance, l'enfant est couché dans un maillot d'ouate. Il respire irrégulièrement. Beaucoup d'enfants respirent ainsi, par saccades. Il y a une éducation de la respiration. Ce qui est de mauvais augure, c'est la faiblesse des cris et les pâleurs intermittentes.

Dans l'après-midi, il semble se mieux porter, avale du lait, ne râle plus ; mais aucun cri vigoureux. Le soir, sueurs profuses ; et, derechef, pâleurs. Le lendemain matin, convulsions qui se répètent dans la journée. Le surlendemain, respiration haletante : expression de souffrance. Le soir, mort.

Contracture des pieds et du poignet droit en pronation forcée. Pas de lésion du crâne. Pas d'épanchement intra-cérébral; mais, congestion assez étendue. Les poumons immergés, en masse d'abord, puis par fragments, surnagent. D'emphysème, point. Aucun bouchon muqueux dans les bronches explorées aussi loin que possible. Cœur, foie et reins normaux. La lésion caractéristique consiste dans des ecchymoses sous-pleurales, disséminées sur toute la surface pulmonaire et très nombreuses.

1906. — Je persiste à réserver l'insufflation comme ultime ressource.

OBSERVATION XXVI

Hydramnios. — Présentation de la face. — Paralysie obstétricale, consécutive à l'extension forcée du cou.

1885. — Du 19 Septembre au 4 Octobre, la position du fœtus d'une femme secondipare, bien conformée, varie d'un instant à l'autre, sans que la présentation change. Tête mobile dans un excès d'eau.

La femme accouche le 10 Octobre au soir. A 6 h. 30, les contractions douloureuses débutent ; rien d'engagé. A 7 h. 30, rupture prématurée de la poche. Irruption de trois ou quatre pots de liquide. A 8 heures on constate une face.

Le lendemain à mon arrivée, tous les signes de cette présentation éclatent dans leur plus complète évidence. Il en est de visibles.

On aperçoit en effet une tumeur ronde sus-pubienne, latérale au-dessus de laquelle les tissus sont déprimés. On dirait la vessie gonflée et inclinée à gauche de la ligne médiane. C'est l'occiput.

Au palper cette dépression est le coup de hache ou sillon qui sépare l'occiput collé au dos fœtal. Celui-ci occupe la ligne médiane.

A l'auscultation, foyer éclatant à cause de la propulsion du sternum appliqué contre les parois abdominales minces.

Au toucher dilatation grande comme cinq francs. Orifice dépressible. On sent le front, un sillon avec quantité de petites parties où se distinguent les narines et la bouche avec les arcades dentaires.

A 3 h. 30 la femme s'est levée ; l'enfant a perdu du méconium.

A 5 h. 30 expulsion spontanée d'un fœtus vivant pesant 3.260 grammes. Le lendemain je constate que le bras de l'enfant est inerte, l'avant-bras en pronation légère, les doigts fléchis. Diagnostic :

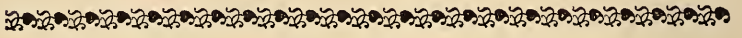
paralysie dite obstétricale, causée par l'allongement du plexus brachial, dû lui-même à la cambrure forcée des épaules et à la violente extension du cou. Traitement : frictions avec le baume Nerval.

Le surlendemain mêmes signes exagérés. En plus, déformation caractéristique, la main est en griffe.

Un peu plus tard, retour des mouvements des doigts et de l'avant-bras, mais le poignet reste en flexion. Bras immobile.

Au départ de la femme l'action deltoïdienne n'était pas encore suffisante pour assurer la guérison. Je lui recommande de faire électriser l'épaule si les fonctions ne sont pas revenues dans la huitaine. Je la préviens de l'importance extrême de tels soins, ces paralysies guérissant à coup sûr par leur moyen et pouvant entraîner une définitive impotence si on les néglige.

1907. — Voyez les observ. XVI et XXXI.



OBSERVATION XXVII

Accouchement provoqué. — Forceps appliqué au détroit supérieur suivant le diamètre antéro-postérieur. — Supériorité de l'instrument de Tarnier.

1885. — Un maître professeur, dont l'admirable enseignement était bourré d'esprit, a dit comme Boileau et Musset dans « un vers respecté »

Rien n'est beau que *Levret*, *Levret* seul est aimable.

Ce maître a donc rejeté d'emblée le nouvel instrument de Tarnier, sans même vouloir l'essayer. Ainsi fait trop souvent l'autorité officielle, pire obstacle du progrès. Heureusement le forceps Tarnier, se créera vite belle renommée, non par ses vertus d'ailleurs, mais par la puissance de ses parrains.

Grâce à cet instrument j'ai pu extraire aujourd'hui un fœtus plein de vigueur. Tous les précédents, sauf un, né spontanément avant terme, avaient été tués par l'ancien forceps.

Il est écrit dans la *première à Tarnier* : « Les opinions sont libres. » Je ne sais si la mienne le sera, mais je ne me serais pas pardonné de n'avoir point considéré, avant tout, l'intérêt d'une pauvre femme confiante dans ma probité scientifique.

D.., femme P..., enceinte et rachitique, nous arrive le 12 Novembre, pour qu'on provoque l'accouchement.

En 1877 première grossesse menée à terme; Forceps; Enfant mort pendant le travail. En... deuxième grossesse. Accouchement à terme à l'ancienne clinique; forceps; Enfant mort pendant le travail. En... troisième grossesse; Accouchement provoqué à 7 mois à la clinique; Forceps; Enfant mort le lendemain. En... quatrième grossesse; Accouchement provoqué à la clinique entre 7 et 8 mois; Forceps; Tête abîmée dit la mère; Mort dans la nuit. En... cinquième grossesse; Accouchement provoqué entre 7 et 8 mois; naissance spontanée. Élevage au sein, enfant actuellement vivant, âgé de 22 mois.

Cette femme aurait marché tard; mais, depuis, elle a toujours marché.

R. T. : 22 Février 1885; D. P. : 23 Novembre. D. E. : 12 Décembre. Ni eau ni sang perdus. Rien d'anormal.

Taille petite. Convexité antéro-externe des fémurs. Voussure du sternum et des côtes. Front bombé. Dents, cou, dos : normaux. O. I. D. T. Cœur régulier. Tête amorcée à deux centimètres environ du bord inférieur de la symphyse. Bassin canaliforme. Promontoire abaissé. Faux promontoire par saillie d'une vertèbre sacrée. Donc deux diamètres rétrécis. Le promonto sous-pubien mesure 115 millimètres sans déduction et le sacro sous-pubien plus étroit 90 ou 92 millimètres, toujours sans déduction. Le bassin paraît légèrement asymétrique, le côté gauche étant le plus large.

D'après mon calendrier le fœtus n'a certainement pas plus de

8 mois 1/2 ; mais il peut les avoir. La prudence commande donc de provoquer de suite le travail, ce que je fais le 12 Novembre, à 6 heures du soir, par le procédé préféré du chef de service. Introduction facile d'une sonde qui file en arrière. Aucun écoulement sanguin. Quelques douleurs dans la soirée. La sonde est expulsée progressivement à partir de 5 heures du matin et sort à 8 heures. Les douleurs persistent, mais s'atténuent et disparaissent dans la journée. En conséquence, le 13 au soir, je réintroduis la sonde que je maintiens avec un bandage en T. Les membranes se rompent au moment de l'introduction.

Le 15 Novembre seulement, la dilatation étant complète, la tête toujours amorcée et en O. I. D. T., j'applique le forceps Tarnier au détroit supérieur. La main gauche étant introduite, pouce compris, dans les voies génitales très souples, la cuiller droite, rasant de son bec la paume de cette main, est placée directement en arrière et abandonnée là. La main droite introduite à son tour, pouce compris, par-dessus cette branche, pas trop gênante ni contondante parce que le périnée est dépressible, la cuiller gauche rasant de son bec la paume de ma main, est placée directement en arrière sur la cuiller droite, puis ramenée par un mouvement de spire très étendu et pour cette raison aisé, en avant, derrière la symphyse pubienne. Mortaise et pivot sont dans le même plan. Il n'y a qu'à égaliser leur niveau, la branche antérieure étant plus profondément située que la postérieure ; mais il faut articuler, et pour cela décroiser les manches, la cuiller droite ayant été mise en place la première. Je n'aime pas cette manœuvre par laquelle on risque de déplacer les cuillers, de pincer les tissus, de les contondre ; mais tout se passe pour le mieux. Aucune difficulté.

Je fais ausculter le cœur fœtal pendant que j'opère. Il est rythmé. Je procède donc lentement, par tractions continues et contenues. L'engagement va *pianissimo ma sano*. Tête et forceps tournent d'eux-mêmes. Issue d'un fœtus étonné, du poids de 3 kilos. Bi-pariétal, 85 millimètres. Saisie aussi correcte que dans une application à la vulve.

Les suites ont été normales ; mais quinze jours plus tard au moment où la mère triomphante demandait son *exeat*, je constate avec chagrin et indignation, que son enfant a été gravement infecté par le vaccin. Il meurt le surlendemain d'érysipèle gangreneux.

1888. — La sonde de Krause peut décoller le placenta. C'est un inconvénient que ne présente pas le ballon Tarnier. Il en a d'autres, moins sérieux.

Sur les quatre accouchements précédents faits à l'aide du forceps, deux avaient été provoqués de 7 à 8 mois. Les opérateurs se trouvaient donc au point de vue du volume de la tête fœtale dans de meilleures conditions que moi. La sage-femme en chef de la clinique, qui avait assisté au labeur des opérations précédentes fut stupéfaite en voyant la progression régulière de la tête. Elle touchait de temps à autre et disait : « Ça descend, c'est extraordinaire. » A mon avis le succès est dû à l'instrument employé, à la saisie régulière de la tête, et à sa mobilité suffisante. Le forceps n'a pas gêné l'adaptation. Tout est là.

Si Pajot m'avait vu opérant, il m'aurait dit dans le style pittoresque mais peu parlementaire dont il était coutumier : « Vous avez l'esprit aussi rachitique que votre forceps ! Comment ! Voilà un instrument qui depuis plus d'un siècle est muni d'une courbure dite pelvienne, ainsi nommée parce qu'elle est faite pour s'adapter à la courbe du pelvis ; et vous n'en tenez aucun compte ! C'est absurde. De plus. Comment pouvez-vous tirer dans l'axe avec votre tracteur prétendu axial si l'instrument n'est pas placé suivant l'axe ? »

C'est parfaitement logique ; mais les sophismes logiques ne manquent pas.

Celui-là est fondé, d'abord sur la théorie erronée d'une nécessaire concordance entre la courbure instrumentale et pelvienne, ensuite sur l'ignorance des effets du tracteur Tarnier.

Examinons d'abord la question de concordance nécessaire.

J'ai fait bon nombre d'applications de forceps. Je n'ai jamais blessé la mère, que la concordance existât ou non. Je n'ai jamais ni blessé ni tué les fœtus dont la vitalité n'était pas compromise avant l'opération, à condition de les saisir régulièrement. Or pour une saisie régulière dans l'excavation et au détroit supérieur, les règles de concordance sont forcément violées.

Conclusion : la concordance des courbes instrumentales et pelviennes n'est pas nécessaire.

Examinons maintenant les effets du tracteur :

En le construisant Tarnier s'est proposé : 1° de favoriser les tractions dans l'axe du bassin, quelle que soit la situation de la tête ; 2° d'indiquer à l'opérateur la direction suivant laquelle il doit tirer ; 3° de laisser à la tête fœtale la mobilité nécessaire pour suivre librement la courbure du bassin.

Ces propositions sont résolues au détroit inférieur, absolument ; au-dessus, relativement. La troisième, d'importance extrême, ne l'est que si la tête est régulièrement saisie, ce qui arrive toujours, quel que soit l'opérateur, pour la position occipito-pubienne. Même entre des mains expérimentées, au détroit supérieur et dans l'excavation, la saisie n'est pas toujours régulière. Alors le forceps Tarnier devient offensif comme les autres forceps, avec cette supériorité de favoriser quand même, dans une certaine mesure, les tractions axiales ; mais l'avantage énorme que lui donne la mobilité céphalique n'existe plus. De là les échecs, les compressions, les lésions, etc. Par conséquent la première condition du succès, c'est la saisie régulière de la tête fœtale, et pour y arriver, l'expérience et l'adresse sont indispensables.

1906. — Mon opinion n'a pas varié. Le lecteur trouvera dans ce recueil des exemples d'application défectueuse ou désastreuse

En relisant mes observations, je vois que la cause de ces fautes a été d'ordinaire l'inobservance des règles fondamentales. A une certaine époque je me suis entêté à vouloir expérimenter d'autres règles. J'y suis revenu. J'ai fait peu d'application au D. S. Celle qui vient d'être décrite a été une des plus aisées. Je la compare d'ailleurs à une application vulvaire. J'ai saisi une autre fois et dans des conditions analogues, un gros fœtus aussi correctement. Le résultat a été le même. La prise pariéto-malaire : tout est là.

J'ai toujours regretté le modèle primitif du forceps Tarnier non pour sa courbure périnéale, mais pour ses cuillers courte qui emboîtaient exactement la région pariéto-malaire et pour le faible écart des branches de préhension qui ne distendaient pas la vulve avant le dégagement, comme fait le modèle classique. Pour celui-ci Tarnier a adopté le modèle de Stoltz. Selon moi, l'instrument est trop rigide et les cuillers sont trop longues.

OBSERVATION XXVIII

Forceps. — La branche qui blesse ou tue. — Unilatéralité des lésions fœtales. — Redressement de la tête asynclitique, par l'introduction de la branche antérieure dans les positions obliques.

1885. — Le 19 Novembre et le 21 Décembre, j'ai observé, deux fois, le même fait, des plus instructifs.

Voici le premier : Après application infructueuse de forceps en ville, on amène à la clinique une femme dont le fœtus se présente en O. I. G. A. avec asynclitisme prononcé, soit une forte inclinaison du pariétal droit. Suture sagittale en arrière.

La dilatation étant complète, j'opère. Branche gauche la première, à plat sur la symphyse sacro-iliaque gauche. Impossible

de l'introduire à une profondeur suffisante. Elle bute. Le manche reste relevé. Je me garde de tout effort. J'introduis la branche droite. Mouvement de spire facile. Introduction profonde. L'utérus aspire cettre branche, comme dit Pajot. L'autre branche est toujours à la même place. Donc un manche relevé, l'autre abaissé. Mortaise et pivot distants, d'abord par la direction contraire des manches, ensuite par la différence de profondeur dans l'introduction des branches. Je ne puis songer à retirer la branche aspirée par l'utérus, pour la mettre en correspondance avec l'autre. La saisie serait déplorable. Examinant alors la mobilité des branches, je constate que l'antérieure est absolument fixe ; on ne peut lui imprimer aucun mouvement. Au contraire, la postérieure, fixe elle-même tout à l'heure, est libre. Je la pousse du bout du doigt, comme un cathéter, et l'utérus l'aspire à son tour. Le pivot rejoint la mortaise et s'y place de lui-même.

Extraction aisée, après rotation spontanée, d'un enfant qui pèse 3.670 grammes. Sur la face droite se dessine le bec de la cuiller arrachant l'épiderme. Sur la gauche aucune lésion ; légère empreinte.

Voici l'autre fait, seconde édition du premier :

O.I.G.A. chez une tertipare. Prolapsus marqué des parois vaginales surtout de l'antérieure très œdématiée. Opération indiquée par l'insuffisance des contractions.

La tête est asynclitique ; inclinaison sur le pariétal antérieur. Suture sagittale très en arrière. La branche gauche introduite la première et dirigée vers la symphyse sacro-iliaque gauche est arrêtée par le pariétal postérieur. Tentatives très douces mais inutiles pour une introduction plus profonde. On bute. Je laisse cette branche telle qu'elle est. Pivot à 10 centimètres de la vulve. Manche très relevé. La branche droite introduite d'emblée profondément, et comme aspirée par l'utérus, exécute sans peine le mouvement de La Chapelle (spire). La mortaise est à l'orifice vulvaire, le manche abaissé.

La mise en place de cette branche redresse la tête, et je pousse

comme un cathéter la branche gauche. Le manche s'abaisse, s'accole à l'autre, et le pivot touche la mortaise.

Extraction lente. Écoulement de deux jets filiformes citrins provenant de la paroi vaginale œdématiée ; on l'aurait crue piquée par une aiguille. Enfant bien portant. Unilatéralité des blessures du forceps. Région pariéto-malaire droite siège de petites lésions et d'une forte dépression des tissus œdématiés. C'est à peine si la cuiller postérieure a laissé son empreinte sur la joue gauche.

Il y a là quatre faits dignes d'être retenus :

1° L'asynclitisme de la tête dans l'excavation. La suture sagittale est chassée en arrière :

2° L'unilatéralité des blessures, faites par le forceps, sur deux têtes très régulièrement saisies, et le siège de ces blessures sur la région pariéto-malaire antérieure comprimée fortement par la branche antérieure du forceps fixée par les os pubiens. Sur la région pariéto-malaire postérieure, faiblement comprimée par l'autre branche et la paroi postérieure du pelvis, une marque à peine visible.

3° L'arrêt de la cuiller postérieure coincée entre le pariétal et la paroi pelvienne postérieure. Le passage qui s'ouvre devant cette même cuiller, dès que la branche opposée est mise en bonne place. L'impossibilité de retirer en pareil cas la branche antérieure introduite jusqu'à la garde. Elle est coincée à son tour, tandis que l'autre se laisse pousser comme une sonde et offre d'elle-même son pivot à la mortaise.

4° La disparition de l'asynclitisme; car bien que je n'aie pas vu le changement de situation de la sagittale, le redressement pariétal explique seul la succession des phénomènes observés. La branche antérieure a agi comme ce levier, employé jadis, aujourd'hui abandonné, pas de tous les praticiens pourtant, si j'en juge par ce propos d'un médecin de quartier : « Quand la tête n'est pas d'aplomb dans le bassin, l'accouchement est retardé ; mais on peut précipiter l'issue par un redressement et

pour cela la spatule d'une louche à potage m'a parfois suffi. » Je comprends maintenant ce que voulait dire ce médecin.

1906. — Contrairement à l'asynclitisme du détroit supérieur dont la direction et même l'existence ont été discutées depuis Smellie jusqu'à Farabeuf, Pinard et Varnier, ni l'existence ni le sens de l'asynclitisme dans l'excavation n'ont été mis en doute. Tout index même inexpérimenté peut le constater. L'observation insérée dans mon introduction en est une preuve. Cependant quelques auteurs ne mentionnent pas cette inclinaison sur le pariétal antérieur, et ceux qui la mentionnent y attachent médiocre importance, la citant au chapitre du mécanisme de la descente, et n'y revenant pas à propos des applications de forceps, peut-être parce que l'insuffisante flexion qui accompagne l'inclinaison latérale leur semble causer la principale difficulté de l'opération. C'est une erreur démontrée par mes deux observations. Dans un article de l'*Union*, paru en Mars 1885, c'est-à-dire avant mes observations, je relève cette phrase : « Ce défaut de flexion se compliquait, — il s'agit d'une application de forceps — d'une inclinaison latérale, difficulté contre laquelle ni la main ni l'instrument ne prévalent. » Dans le même journal en mars 1890, je dis : « Autrefois, à l'École pratique et dans mes cours, je prenais un gros fœtus dont j'enfonçais péniblement la tête mal fléchie, et inclinée sur un pariétal, dans un bassin trop juste proportionnellement ; je la maintenais et je disais à l'élève d'opérer. »

Bien noter que dans les deux faits cités j'opérais sur des G.A., position dans laquelle la cuiller antérieure se place avec une facilité relative parce qu'elle contourne dans le mouvement de spire le petit bout de l'ovoïde céphalique. C'est le contraire dans les positions postérieures.

Ce n'est pas moi qui ai signalé, le premier, l'unilatéralité des lésions fœtales. C'est Poullet de Lyon. La branche qui

blesse (branche antérieure, d'ordinaire), quand la prise est régulière, devient quelquefois, dans les mauvaises saisies, la branche qui tue. Nous le verrons dans d'autres observations où je montrerai la difficulté des applications quand la tête, mal fléchie et asynclitique, a son occiput tourné vers les S. S. I.

OBSERVATION XXIX

Grossesse gémellaire.— Avortement d'un œuf. — Diagnostic improvisé d'après la marche de l'hémorragie.

1885. — Madame T..., dont le premier accouchement est narré dans l'observation XVIII, enceinte pour la seconde fois, m'a prié de venir parce qu'elle avait fait une fausse couche. Ennui prévu : il a fallu plus de palabres pour l'examen que n'en exige un roitelet d'Afrique pour autoriser le passage sur son territoire. En définitive refus absolu, catégorique, de se laisser toucher.

— Alors pourquoi m'avoir fait venir ?

— Pour savoir si je puis me lever.

— Évidemment non. Quand on avorte et perd du sang on ne se lève pas.

— Je ne perds pas de sang.

— Comment vous ne perdez pas de sang ! Vous affirmez cependant que vous avez avorté.

— J'en suis absolument certaine. J'ai eu du poids pendant quelques jours, un peu de sang ; je suis sortie quand même. Les douleurs sont venues ; le sang a augmenté. Je me suis couchée mal à l'aise. J'ai eu besoin de pousser et quelque chose de gros a passé.

— Naturellement vous n'avez pas gardé ce quelque chose de gros ?

— Je ne conserve pas ces malpropretés.

— Montrez votre garniture.

— Je n'en ai plus depuis hier soir. Dans la journée j'ai eu un écoulement rose insignifiant, et depuis : rien. Je suis sèche.

— C'est extraordinaire. J'insiste, de nouveau, pour vous toucher ; mais cet examen, s'il est isolé, ne m'apprendra pas grand'chose. Il faudra que je le renouvelle dans quelques jours. Je saurai de cette façon si l'utérus a diminué de volume et se rétracte normalement ou s'il contient encore... quelque chose.

— Je ne me laisserai toucher ni aujourd'hui, ni dans huit jours.

— Alors, n'en parlons plus. Je suis curieux de savoir si mon diagnostic improvisé sera confirmé par la suite des événements. Je me demande, en effet, en raison de la suppression brusque et radicale de toute perte, si vous n'étiez pas enceinte de jumeaux dont vous avez expulsé l'un. L'autre est resté. Pour le ménager, je vous conseille de garder le lit huit jours francs si vous continuez à ne rien perdre, je dis : rien ; ni sang, ni eau, ni mucosités.

Les dernières règles de Mme T... s'étaient terminées le 22 Décembre 1884. L'accouchement devait avoir lieu du 25 Septembre au 12 Octobre 1885.

Ne tenant aucun compte de mes recommandations, cette femme indocile se leva trois ou quatre jours après l'avortement qui datait du 20 Février. Le 4 Mars son linge fut taché de sang à la suite de fatigues. En Mai Mme T... m'écrivit que les premiers mouvements fœtaux avaient été perçus au début du mois. Elle st accouchée à l'étranger à la fin de Septembre.

OBSERVATION XXX

Tuberculose et congestion. — Importance et difficulté du diagnostic.

1885. — Madame N... appartient à une famille d'arthritiques, dont deux ou trois membres auraient été atteints ou menacés de phtisie. Elle-même a été considérée comme fortement suspecte par deux professeurs de Paris qui l'ont expédiée sur-le-champ en Italie, avec recommandation d'éviter toute grossesse. Elle devient enceinte. Un autre professeur, étranger celui-là, propose la provocation de l'avortement, singulière idée à laquelle je m'oppose par dépêche. D'abord la grossesse, d'après les statistiques, serait souvent l'occasion d'un arrêt dans l'évolution tuberculeuse, simple répit, il est vrai, ensuite l'avortement met les femmes en état d'infériorité physique et diminue la résistance.

Mme N... revient à Paris en excellent état. Non prévenu, on ne soupçonnerait pas les accidents pulmonaires antérieurs. Cependant, par prudence, je déconseille le nourrissage. Aussitôt Mme N... mande son médecin de quartier qui jadis avait trouvé l'alarme des consultants injustifiée et le voyage en Italie inutile. Il conseille l'allaitement et me déclare qu'à son avis, Mme N... n'est pas et n'a jamais été tuberculeuse, mais a été, est et sera toute sa vie une congestive. « Je connais, me dit-il, cette famille de longue date. On a aussi expédié dans le Midi un frère pour des accidents pleuro-pulmonaires que j'avais qualifiés du nom, bizarre je l'accorde, de poussée eczémateuse interne. Le grand maître O... a haussé les épaules, à l'ouïe de ce diagnostic. Le soi-disant tuberculeux a perdu son temps, à Pise, pendant deux hivers, et en est revenu avec un bel eczéma, visible à l'œil nu et qu'il a conservé longtemps. »

J'ai écouté avec intérêt et déférence l'opinion de ce confrère que le public inintelligent range dédaigneusement dans la caté-

gorie des *petits* médecins. Il y a beau temps en effet que j'ai perdu le naïf enthousiasme de ma jeunesse dans la parole officielle. Que signifient des jugements portés après un ou deux examens de cinq minutes et par des médecins qui n'ont pas la moindre notion des antécédents personnels et familiaux, de leur malade ? Mme N... allaitera donc.

Elle accouche à terme d'un très gros garçon, le nourrit et engraisse.

1887. — Madame N..., qui vient de sevrer, a une santé florissante, qu'elle n'a jamais eue.

1906. — Un des exemples les plus intéressants que j'ai vus, de poussées congestives confondues avec la tuberculose et des inconvénients que l'erreur de diagnostic peut avoir est le suivant :

X..., neuro-arthritique, secondipare, a été soignée par la kinésithérapie pour des congestions pelviennes consécutives à une rétrodéviation survenue elle-même après un avortement. Guérie par la mobilisation de l'utérus et la disparition de la cellulite péri-oophoro-salpingienne dont les poussées périodiques la faisaient souffrir, elle est prise d'accidents congestifs des sommets pulmonaires avec exacerbation lors des périodes moliminaires (1).

D'après l'avis d'autorités des plus compétentes, X... passe tous les hivers dans le Midi. Malgré de formels conseils elle devient enceinte. On lui interdit le nourrissage et peu après ses couches surviennent des accidents hépatiques qui se prolongent pendant plusieurs mois. Instruit par ces faits, lors d'une nouvelle grossesse, je l'encourage à allaiter. Nourrice exceptionnelle, comme précédemment, X... voit sa santé s'améliorer pendant le nourrissage. Les sommets pulmonaires semblent indemnes. Après le

1. *Loc. cit.*

sevrage les congestions reparaissent, pelviennes cette fois et traitées de nouveau par la mobilisation de l'utérus et des annexes, puis, oculaires, et de temps à autre pulmonaires. Les troubles des circulations locales, manifestement *erratiques* comme je les ai appelés, ou métastatiques pour me servir du terme classique, ne sont jamais simultanés. L'un chasse l'autre.

Les malades de ce genre peuvent être prédisposées à la tuberculose. Aussi par prudence, depuis de longues années, j'ai pris l'habitude, pour ne pas les exposer tout en leur conservant les bienfaits possibles de l'allaitement, d'exiger la caution des pesées hebdomadaires. Si l'amaigrissement survient, j'arrête le nourrissage.

On trouvera, dans les observations XL et LII, d'autres exemples de ces congestions, des difficultés du diagnostic et de l'hésitation médicale sur la conduite à tenir.

OBSERVATION XXXI

Paralysie faciale causée par le forceps, laissant des traces persistantes et qui ne disparaîtront pas. — Marche de la dilatation dans les bassins viciés.

1885. — Voici les antécédents obstétricaux de Mme M... : trois accouchements à terme ; second enfant né spontanément mais avec lenteur ; troisième vite expulsé ; extraction laborieuse du premier. Il conserve encore, à dix ans, les traces d'une paralysie faciale due au forceps. Lorsqu'il rit, la déviation des traits du côté sain est manifeste. En voilà pour la vie. Conclusion : quoique les paralysies faciales soient d'ordinaire bénignes suivant les maîtres, il convient de les traiter comme celles du plexus brachial, par l'électricité, et avec persistance. C'est ce qu'on n'a pas fait.

R. T. : 20 Octobre ; D. P. : 24 Juillet ; D. E. : 10 Août. La conception ne pourrait pas être antérieure au 12 Novembre. J'examine Mme M... qui habite la campagne, le 1er Juillet. OEdème sans albumine. Beaucoup de liquide amniotique. Fœtus mobile. Épaule au détroit supérieur. Me fiant à tort, au renseignement précis fourni par Mme M... plutôt qu'à mon calendrier pour le terme de la grossesse, je remets à la fin du mois, le toucher, l'exploration des parties osseuses et la fixation de la tête. Cette négligence aurait pu être fâcheuse.

Le 24 juillet, je reçois la dépêche suivante : « Travail commencé, urgence. » Chemin faisant je me fais de vifs reproches, appréhendant une mauvaise présentation.

O. I. G. T. Tête amorcée. Volumineuse poche des eaux. Dilatation avancée en apparence ; mais la tête n'appuyant pas sur le segment inférieur, il y aura rétrocession à la rupture. L'étroitesse du bassin est cause de tout cela. On atteint la face antérieure du sacrum. C'est un bassin légèrement touché par le rachitisme. Commencé le matin de bonne heure, un peu après l'aurore, le travail se termine le soir tard vers 10 heures. Il a une physionomie toute spéciale, celle qui caractérise l'accouchement des femmes qui ont un bassin rétréci. Je vais la décrire.

Le segment inférieur, distendu par la poche des eaux, forme une sorte de calotte, dans laquelle la tête ne parvient pas à descendre. Cette poche des eaux a effacé le col, et dilaté l'orifice dont les bords sont minces. Il dépasse les dimensions d'une pièce de cinq francs. S'il n'y avait pas de rétrécissement il suffirait de rompre les membres pour que la tête de cet enfant qui est d'une grosseur normale, s'abaissât et maintînt la dilatation. Je me garde de le faire parce que l'obstacle à l'engagement vient du bassin et non de l'exagération de liquide ou de l'antéversion du ventre. La poche se rompt spontanément vers 11 heures du matin et un flot abondant s'écoule. Je touche et constate soigneusement l'absence de procidences. La tête ne paraît pas descendue d'une ligne. Le segment inférieur est

remonté vers elle puisqu'elle ne s'est pas abaissée jusqu'à lui. Il en résulte non seulement que la dilatation est moindre, mais que le col s'est reformé en partie. La poche des eaux et son élastique pression ne fait guère qu'allonger le segment inférieur. Elle dilate peu l'orifice. Pour qu'il s'ouvre, il faut, soit la pression continue d'un corps dur, soit le retrait du segment inférieur par-dessus ce corps. Pour opérer, les orifices appelés dilatables ne valent jamais les orifices dilatés. Il n'y a de dilatation complète certaine qu'après passage de la région fœtale, ou du ballon incompressible de Champetier.

De là, cette grande lenteur de la dilatation chez Mme M... Elle paraissait presque faite à 10 heures du matin. Elle disparut lorsque les membranes éclatèrent. Elle ne se refit qu'à 5 heures du soir et à 7 seulement elle fut complète, par l'effet de la pression de la tête qui, pour descendre, s'inclina fortement, de façon à présenter son pariétal droit. Pour aider à cette descente, Mme M... poussa énergiquement. Le cri guttural, dit cri expulsif, n'est pas caractéristique de cette période du travail. Il est des femmes qui poussent pendant la dilatation. Je note une sensibilité extrême de la lèvre antérieure du col qui devint œdémateuse, s'allongea et vint faire saillie au dehors sous la colonne antérieure du vagin.

Cette sensibilité disparut à la fin de la dilatation et je pus refouler avec deux doigts ce bourrelet lie-de-vin au-dessus de la région fœtale. Certainement il entravait la descente.

A 10 heures expulsion d'une fille de 3.100 grammes. Délivrance normale. Utérus paresseux. Hémorragie suffisante pour accélérer le pouls pendant trois jours.

OBSERVATION XXXII

Variations quotidiennes du degré d'engagement de l'utérus gravide pendant les derniers mois.

1885-1887. — Les deux premiers temps du travail (amoindrissement et engagement) s'exécutent d'ordinaire pendant la grossesse. Il est de règle qu'à une époque plus ou moins rapprochée du terme, le fœtus, coiffé du segment inférieur de l'utérus, descende par une de ses extrémités dans l'excavation pelvienne, lorsqu'il n'existe aucun obstacle.

On admet, en général, que cette descente se fait graduellement, et qu'une fois faite, elle demeure acquise.

Les conséquences pratiques de cette opinion sont que, plus la région est engagée, plus l'expulsion est proche, et qu'il suffit d'avoir constaté la descente au huitième ou neuvième mois, pour attendre le travail sans inquiétude, et affirmer que la présentation ne changera pas.

Je crois que l'engagement est parfois très profond dès le sixième mois sans la moindre menace d'expulsion. Cet engagement très profond peut devenir nul. Dans certaines conditions, la descente est graduelle et subsiste jusqu'à la fin de la grossesse avec des variations négligeables. Dans d'autres, elle est rapide, presque instantanée et varie, d'un jour à l'autre, d'une quantité souvent considérable. La région fœtale remonte alors du périnée au détroit supérieur, pour redescendre du détroit supérieur au périnée.

Le fait est assez commun, à mon sens.

Thévenot ayant eu l'occasion de constater par l'exploration directe l'engagement rapide, l'a expliqué par la contraction des *muscles utéro-pelviens pendant la grossesse et pendant le travail* (1).

1. Paris, Masson, 1882. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*)

Pour démontrer que les ligaments utérins font pénétrer dans l'excavation la région fœtale coiffée par le segment inférieur de l'utérus, Thévenot s'appuie sur deux faits cliniques observés pendant l'accouchement, sur un troisième constaté pendant la grossesse et sur la disposition anatomique des ligaments, dont la structure musculaire a été démontrée par Rouget. Voici les faits cliniques :

1° Une *secondipare* était arrivée à la fin du huitième mois. Les membranes se rompirent prématurément. Le volume de l'utérus, déjà petit, fut diminué encore par l'écoulement du liquide amniotique. Il y avait quelques contractions, mais faibles et très espacées. On arrivait difficilement sur le segment inférieur et sur le col, d'une longueur de deux centimètres environ. Le troisième jour qui suivit l'accident, trois jours pendant lesquels la patiente avait été maintenue rigoureusement dans le décubitus dorsal, les contractions s'accentuèrent, *la tête coiffée du segment inférieur se rapprocha du détroit ; puis, sous l'influence de quelques contractions plus fortes, en moins de dix minutes, la pointe de l'ovoïde descendit profondément dans l'excavation.*

2° Une femme à terme de son *quatrième enfant* perdit les eaux pendant le sommeil à 5 heures du matin. A 8 heures, on trouvait, par le palper, la tête dans la fosse iliaque gauche ; on n'arrivait que difficilement, par le toucher, sur le segment inférieur. Les contractions étaient faibles, indolores. La tête fut repoussée vers le détroit supérieur, et la patiente maintenue dans le décubitus dorsal. A 9 heures, *les contractions s'accentuèrent et se rapprochèrent sans devenir douloureuses et, en moins de vingt minutes, la tête descendait dans l'excavation* et s'arrêtait à une distance qui, du point le plus déclive du sommet au ligament triangulaire, était de trois centimètres. Le mouvement de descente ne s'acheva qu'à la dilatation complète.

3° Mme X... est enceinte pour la troisième fois. Sur six mois et demi de grossesse, elle en a passé cinq au lit ou sur une

chaise longue..... A cette époque, Thévenot et Napias constatent l'engagement de la tête dans le petit bassin. Cet engagement, précoce chez une multipare, ne peut être attribué, dit l'auteur, à l'élasticité de la paroi abdominale, puisque Mme X... était multipare et restait couchée. Dans cette position, l'action de la paroi était presque supprimée. L'imminence constante d'un avortement ou d'un accouchement prématuré surexcitait les muscles utérins et péri-utérins. Des contractions indolores, mais perçues par la malade au point d'être gênantes, et constatées par les Drs Thévenot et Napias, avaient fait descendre avant le temps la tête dans l'excavation.

Thévenot communiqua son travail à la Société de médecine de Paris. Budin confirma l'exactitude de ses remarques par une observation dont il avait été singulièrement frappé et qu'expliquaient les idées de son collègue sur le rôle des ligaments ronds. Depuis, il a publié le fait dans ses *Recherches d'obstétrique et de gynécologie* (1). Voici cette observation résumée :

Une femme *secondipare* entre à la Clinique. Elle est enceinte de sept mois et trois semaines, à en juger par la date de l'accouchement et le poids de l'enfant. La tête est *profondément engagée* le 12 Novembre. Le 14, elle est *mobile au détroit supérieur*. On constate un rétrécissement du bassin. Le 30, *la tête se réengage* à la suite de vives douleurs. Celles-ci cessent et *la tête remonte* le 2 Décembre. Le 7, *la tête est dans l'hypochondre droit*. Le soir du même jour, culbute de fœtus, *tête au détroit supérieur*, où elle reste jusqu'au 18 Décembre, date de l'accouchement.

A cette observation, Budin, dans son livre, en ajoute une autre dont je donne ici l'abrégé :

Une *primipare, dont les parois abdominales ont conservé leur tonicité et leur élasticité*, est enceinte d'un enfant qui se présente par l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses. Le siège est profondément engagé, et reste engagé du 30 Octobre, épo-

1. Paris, O. Doin, 1886.

que de l'entrée, au 23 Novembre, époque de l'accouchement. Le 17, Budin avait tenté la version par manœuvres externes. Avec deux doigts introduits dans le vagin, l'opérateur était parvenu à soulever le siège, mais la *contraction utérine* le fit redescendre. On sentait le siège qui repoussait les doigts. A deux reprises, cette sensation de descente fut perçue.

De tels faits peuvent paraître, *à priori*, extraordinaires à des accoucheurs expérimentés et excellents observateurs, parce qu'ils n'en ont jamais vu de semblables. Cependant, ils sont non seulement très réels, comme le prouve la compétence des auteurs et l'exactitude de la relation: mais, à mon avis, ils ne sont pas exceptionnels. Si l'on n'en a pas cité un plus grand nombre, c'est que leur constatation exige un concours de circonstances qui ne se rencontre pas souvent.

Pendant mon clinicat, j'avais pris l'habitude de faire chaque semaine l'examen complet de toutes les femmes enceintes couchées au dortoir, et dont la grossesse était physiologique. Parmi ces femmes, il en est qui restent longtemps dans la maison avant d'accoucher. Chacune avait sa feuille sur laquelle était consigné le résultat fourni par le palper, par l'auscultation et par le toucher. De plus, le toucher dit officiel, c'est-à-dire l'enseignement des élèves, me contraignait à examiner la même femme jusqu'à trois et quatre fois par semaine.

Je n'avais nullement l'intention de contrôler les faits cités par Thévenot et par Budin. Le souci du service, la crainte de laisser échapper une mauvaise présentation ou quelque fait intéressant m'avaient déterminé à multiplier mes examens. Le hasard, ou plutôt la comparaison des notes prises à chaque exploration d'une même femme, attira mon attention *sur les variations du degré d'engagement de la région fœtale et sur la rapidité de la descente dans le pelvis et de l'ascension au détroit supérieur.*

Je donne ici le résumé succinct de mes notes prises au jour le jour. Les termes que j'emploie pour expliquer le degré d'engagement doivent être interprétés de la façon suivante:

Quand la tête ou le siège sont au-dessus ou au niveau du bord supérieur de la symphyse, je dis, me plaçant au point de vue clinique, que l'*engagement* est *nul*. Si l'occiput ou la fesse antérieure sont à 1 ou 2 centimètres au-dessous du bord supérieur de la symphyse, je dis qu'ils sont *amorcés*. S'ils atteignent le bord inférieur de la symphyse, je dis que l'*engagement* est *moyen*. S'ils dépassent de 1 ou 2 centimètres le ligament triangulaire, l'*engagement* est *profond*. S'ils touchent le périnée, l'*engagement* est *très profond*. Nombreux, je le répète, sont les faits dans lesquels je n'ai noté que des nuances, mais je citerai seulement ceux dans lesquels l'écart a été considérable ou brusque.

Obs. I. — H... E..., 34 ans, entrée le 12 Décembre 1885 à la clinique, service des femmes enceintes, n° 19. *Multipare*. Bassin normal. Dernières règles finies le 9 Avril.

12 Déc. O. I. G. A. Tête amorcée.
13. — O. I. D. P. Engagement profond.
14. — O. I. D. P. Engagement nul.
20. — O. I. G. A. Tête amorcée.
24. — O. I. G. A. Engagement profond.
27. — O. I. D. P. Engagement moyen.
3 Janv. O. I. G. A. Amorcement.
10. — O. I. D. P. Engagement moyen.

Obs. II. — G... C..., 23 ans, entrée le 21 Décembre 1884 à la clinique, service des femmes enceintes, n° 1. *Multipare*. Bassin normal. Dernières règles finies le 2 Avril.

21 Déc. O. I. D. P. Engagement profond.
24. — O. I. D. P. Tête amorcée.
27. — O. I. D. P. Engagement très profond.
3 Janv. O. I. G. A. Engagement profond.

Obs. III. — H... M..., 30 ans, entrée le 5 Novembre 1885 à la clinique, service des femmes enceintes, n° 7. *Multipare*.

Bassin normal. Dernières règles finies à la fin de Janvier (??).

5 Nov. O. I. G. A. Engagement profond.

8. — O. I. D. A. Engagement moyen.

9. — S. I. D. P. Engagement nul ; le matin.

O. I. G. A. Engagement profond; le soir.

Le jour du toucher officiel, j'ai examiné cette femme suivant mon habitude, après les élèves, pour contrôler leur diagnostic. Je ne puis donc affirmer que les élèves n'aient pas bousculé le fœtus en palpant avec rudesse; quoi qu'il en soit, la mutation n'eût pas été possible, si la tête n'était pas d'elle-même sortie de la cage pelvienne où elle paraissait emprisonnée la veille et l'avant-veille.

15 Nov. O. I. G. A. Engagement très profond.

21. — O. I. G. A. Engagement moyen.

27. — O. I. D. A. Engagement profond.

29. — O. I. G. A. Engagement profond.

6 Déc. O. I. G. A. Engagement profond.

11. — O. I. G. A. Engagement profond.

Accouchement: le 12 Décembre. O. I. G. A. L'enfant pèse 3.500 grammes.

Le bassin de cette femme était vaste. La tête conservait une mobilité relative, quel que fût le degré d'engagement.

Obs. IV. — M... K..., 23 ans, entrée le 30 Novembre 1885 à la clinique, service des femmes enceintes, n° 13. *Multipare*. Bassin normal. Dernières règles finies le 25 Février.

30 Nov. O. I. G. A. Tête amorcée.

1er Déc. O. I. D. P. Tête amorcée.

2. — O. I. G. P. Engagement profond.

6. — O. I. D. P. Tête amorcée.

11. — O. I. G. P. Engagement profond.

12. — O. I. G. P. Tête amorcée.

Obs. V. — C... V..., 24 ans, entrée le 17 Novembre 1885 à la

clinique, service des femmes enceintes, n° 18. *Multipare.* Bassin normal. Dernières règles finies vers le 15 Février.

17 Nov. O. I. D. P. Engagement nul.
20. — O. I. D. P. Engagement profond.
22. — O. I. D. P. Amorcement.
27. — O. I. D. A. Engagement moyen.
29. — O. I. D. P. Tête amorcée.

Accouchement: le 3 Décembre d'un fœtus qui pèse 2.800 grammes. La tête est restée mobile quel que fût le degré d'engagement.

Obs. VI. — B... M..., 38 ans, entrée le 17 Novembre 1885 à la clinique, service des femmes enceintes, n° 19. *Multipare.* Bassin normal. Dernières règles finies le 12 Février.

17 Nov. O. I. D. P. Engagement profond.
20. — O. I. D. P. Engagement profond.
22. — O. I. D. P. Tête amorcée.

Accouchement le 29 novembre. O.I.D.P. Fœtus de 2.400 grammes. La tête n'a jamais été mobile, même lorsqu'elle était à peine amorcée.

Obs. VII. — D... J..., 24 ans, entrée à la clinique le 3 Novembre 1885, service des femmes enceintes, n° 8. *Multipare.* Bassin normal. Dernières règles finies le 7 Mars (?).

3 Nov. O. I. D. P. Engagement très profond.
9. — O. I. G. A. Engagement profond.
11. — O. I. G. P. Amorcement.
15. — O. I. G. P. Engagement profond.

Elle est envoyée chez une sage-femme pour y accoucher.

Obs. VIII. — B... Ville. *Multipare.* Bassin normal. Dernières règles finies le 7 Mars. Accouchement probable du 6 au 25 Décembre.

14 Nov. — Engagement très profond.

16 Nov. — Tête amorcée.

Accouchement : le 4 Décembre. Ma cliente me dit qu'elle a senti l'enfant descendre le 14, puis remonter le 16. Elle m'avait fait appeler le 14 parce qu'elle craignait d'accoucher. Je lui avais affirmé qu'il n'y avait pas de travail ; mais, pour la rassurer, j'avais passé la nuit du 14 au 15 chez elle. Voici quelles ont été ses paroles le matin du 17 : « Je vois bien que vous aviez raison, et que je n'accoucherai pas ; mon ventre, qui s'était réduit à rien il y a trois jours, est plus gros que jamais. » En effet, la tête qui touchait le périnée le 14 Novembre, pointait à peine derrière le bord supérieur de la symphyse, ballottant comme un morceau de glace.

La même sensation a été décrite par la femme qui fait le sujet de la première observation du Dr Budin.

Obs. IX. — B... A..., 19 ans, entrée le 19 Décembre à la clinique, service des femmes enceintes, n° 3. *Primipare.* Tissus de mauvaise qualité. Parois abdominales sans fermeté. Vergetures des seins. Bassin normal. Dernières règles finies le 24 Mars.

19 Déc. O. I. D. P. Engagement moyen.
20. — O. I. D. P. Engagement très profond.
21. — O. I. D. P. Engagement nul.

Obs. X. — F... B..., 23 ans, entrée le 11 Novembre 1885 à la clinique, service des femmes enceintes, n° 12. *Primipare.* Tissus de mauvaise qualité. Varices des membres inférieurs et des grandes lèvres. Œdème. Dernières règles finies le 6 Février 1885

11 Nov. O. I. D. P. Engagement profond.
12. — O. I. D. P. Engagement profond.
13. — O. I. D. P. Amorcement.
15. — O. I. D. P. Engagement profond.
17. — O. I. D. P. Engagement profond.

Accouchement : le 18. Enfant pesant 2.780 grammes.

Obs. XI. — M... D..., 24 ans, entrée le 8 Décembre 1885 à la clinique, service des femmes enceintes, n° 10. *Primipare.* Tissus de mauvaise qualité. Œdème. Varices. Sacrum accessible. Dernières règles finies le 7 Mars.

8 Déc. O. I. G. A. Amorcement.
9. — O. I. G. A. Amorcement.
13. — O. I. G. A. Engagement très profond.
20. — O. I. G. A. Engagement profond.
21. — O. I. G. A. Amorcement.

Obs. XII. — S... R..., 23 ans, entrée à la clinique le 21 Novembre 1885, service des femmes enceintes, n° 6. *Primipare.* Tissus de mauvaise qualité. Nombreuses varices. Œdème de la jambe droite. Bassin normal. Dernières règles finies le 22 Février 1885 (?).

21 Nov. O. I. G. P. Engagement moyen.
24. — O. I. G. P. Amorcement.
29. — O. I. G. P. Engagement moyen.
6 Déc. O. I. D. P. Engagement très profond.
7. — O. I. G. P. Amorcement.
13. — O. I. G. P. Engagement très profond.
24. — O. I. G. A. Engagement moyen.
20. — O. I. D. P. Engagement très profond.

Obs. XIII. — H... J..., âgée de 16 ans, entrée le 8 Décembre 1885 à la clinique, service des femmes enceintes, n° 14. *Primipare.* L'état des tissus n'est pas mentionné. Bassin normal. Dernières règles finies le 1er Mars.

8 Déc. O. I. G. A. Engagement moyen.
13. — O. I. G. A. Engagement moyen.
18. — O. I. G. A. Tête amorcée.

Pendant qu'on touche la femme et constate l'amorcement, la tête s'engage et descend sur le plan du ligament triangulaire. Le surlendemain, un quatrième examen fait constater un engagement profond.

Obs. XIV. — C..., 22 ans, entrée à la clinique le 5 Décembre 1885, service des femmes, n° 12. *Primipare*. Tissus de mauvaise qualité. Varices. Bassin normal. Ignore la date des dernières règles.

5 Déc. O. I. D. P. Tête amorcée.
6. — O. I. G. P. Engagement très profond.
7. — O. I. D. P. Amorcement.
13. — O. I. D. P. Engagement très profond.
16. — O. I. G. P. Engagement moyen.
20. — O. I. D. P. Engagement profond.
21. — O. I. D. P. Engagement moyen.

Obs. XV. — M... M..., 19 ans, entrée à la clinique le 4 Janvier 1886, service des femmes enceintes, n° 22. *Primipare*. Tissus (?). Bassin normal. Dernières règles finies vers le 15 Avril.

4 Janv. O. I. G. A. Tête amorcée. Un quart d'heure après, la femme ayant eu plusieurs contractions indolores, je trouve la tête profondément engagée.

8 Janv. — Engagement moyen.

10. — Engagement profond.

Cette femme se plaignait lorsqu'elle est entrée. Les douleurs ont été constatées le 9, et le travail s'est fait régulièrement après le dernier examen.

Obs. XVI. — P... A..., 27 ans, entrée à la clinique le 24 Décembre 1885, service des femmes enceintes, n° 3. *Primipare*. Bassin normal. Dernières règles finies dans les premiers jours d'Avril. Elle souffre depuis la veille au soir.

24. Déc. O. I. G. A. Amorcement. Quelques instants plus tard, sous l'influence de contractions indolores incessantes, la tête descend sur le périnée.

Accouchement le 25 Décembre.

Obs. XVII. — V... C..., *primipare*, âgée de 40 ans, entrée le

25 Novembre 1885, service des femmes en couches, nº 10. Elle se plaint de douleurs. Bassin normal. Dernières règles terminées le 24 Février. La qualité des tissus n'est pas mentionnée.

25 Nov. O. I. G. P. Engagement moyen.

27. — O. I. D. P. Amorcement.

29. — O. I. D. P. Amorcement.

4 Déc. O. I. G. P. Engagement nul le matin.

O. I. G. P. Amorcement le soir.

Pendant qu'on l'examine, l'utérus se contracte sans que la femme souffre, et en quelques instants l'engagement devient tellement profond qu'on peut à peine introduire le doigt entre l'occiput et le périnée. Le col de l'utérus, situé à gauche, était comprimé et ramolli au point d'être difficile à distinguer. Orifice en cupule des primipares. Quand les contractions cessent, on peut soulever aisément la tête.

5. — O. I. G. P. Engagement profond. Contractions douloureuses. Rupture des membranes.

6. — O. I. D. P. Engagement moyen.

7. — O. I. G. P. Engagement très profond. Douleurs continuelles. A 5 h. 1/4, col effacé, orifice de la grandeur d'une pièce de 2 francs. A 6 h. 1/2, un fœtus de 3.570 grammes est sur le lit.

Obs. XVIII. — P..., Ville. *Primipare.* Tissus d'excellente qualité. Bassin normal.

A six mois de grossesse, la tête est sur le périnée. Je ne connaissais pas encore les variations de l'engagement. Aussi cet abaissement profond et précoce me fait craindre un accouchement prématuré. Je demande qu'on me prévienne si les douleurs surviennent et se font sentir avec quelque persistance. La grossesse continue son cours ; la tête remonte de temps en temps, pour redescendre, et remonter encore, sans que ces variations soient assez importantes pour être notées. Les mouvements s'exécutent entre le bord intérieur de la symphyse et le périnée.

L'accouchement devait se faire du 2 au 19 Janvier. Il eut lieu le 30 Décembre. L'enfant ne pesait que 2.600 grammes. Travail extraordinairement rapide, avec d'atroces douleurs. La dilatation et l'expulsion durèrent deux heures. L'involution utérine se fit avec une rapidité non moins extraordinaire. L'utérus, le sixième jour, dépassait la symphyse de deux petits travers de doigt. Tranchées.

Obs. XIX. — S..., Ville (1886). *Primipare*. Tissus de bonne qualité. Bassin normal.

Du sixième au septième mois, le fœtus se présente par l'extrémité pelvienne qui proémine dans l'excavation. Je ne m'en préoccupe en aucune façon, ce genre de présentation étant normal à cette époque de la grossesse.

Au huitième mois, engagement profond du siège. Tentative de version par manœuvres externes. Insuccès. Deuxième tentative dans les mêmes conditions. Nouvel insuccès. Je songe alors à tirer parti des variations du degré d'engagement. Mon idée, si ces variations vont d'un extrême à l'autre, c'est-à-dire de l'engagement très profond à l'amorcement, est de saisir le moment où le siège serait en haut pour le soulever et le faire glisser dans une fosse iliaque. En réponse à mes questions, ma cliente m'apprend que le volume du ventre diminue à certains moments où elle se sent tout à fait à l'aise, qu'il augmente à d'autres, ce qui lui cause une grande oppression avec douleur plus ou moins vive dans l'hypochondre droit. Tout cela est fort net. Évidemment, l'utérus et son contenu remontent; la tête du fœtus exerce alors une pression douloureuse sur la région du foie. Reste à savoir si, à ce moment, l'ascension est suffisante pour que le siège soit délogeable. Il est convenu que je serai prévenu dès que « l'enfant sera remonté ? »

Peu de jours après, on m'appelle. Je constate l'ascension du fœtus ; mais, bien qu'amorcé seulement, le siège n'est pas mobile. Je ne réussis pas à le pousser dans la fosse iliaque. Les

manœuvres déterminent les contractions et la région fœtale s'abaisse jusqu'au ligament triangulaire.

Une quatrième tentative est faite la semaine suivante. D'abord j'espère réussir, car le segment inférieur reste mou, et l'engagement ne se prononce que lorsqu'on appuie sur l'extrémité céphalique pour la ramener en bas. J'arrive à pousser le siège dans la fosse iliaque gauche ; mais je ne puis abaisser la tête au delà du flanc droit, quoiqu'il n'y ait point de contractions. Je m'arrête par prudence. Quelques minutes plus tard, ma cliente me dit que l'enfant descend. L'utérus était contracté, le segment inférieur dur et profondément engagé.

L'accouchement eut lieu la semaine suivante. Présentation du siège complet. Enfant vivant pesant 3.900 grammes. Brièveté accidentelle du cordon. Trois circulaires. Je me félicite de m'être arrêté au milieu de ma dernière tentative de version. Je me demande si, en d'autres circonstances, elle n'aurait pas réussi.

Obs. XX. — Ville. *Multipare*. R. T. 7 Mars. D. P.: 9 Décembre; D. E. 26 Décembre.

Le 14 Novembre, je suis appelé. Perte d'eau subite, me dit-on. Aucune douleur. Col effacé. Petit orifice à bords épais. Tête très profondément engagée. Pas une goutte d'eau ne s'écoule. Mme B... avait senti, dit-elle, l'enfant descendre. Deux jours plus tard, elle me déclare qu'il est remonté. L'état précédemment décrit du col avait persisté jusque-là. Je touche. Région fœtale remontée. Col reformé, c'est une régression du travail en admettant qu'il y ait travail sans contractions douloureuses ni modifications graduelles et persistantes des parties molles.

Le 4 Décembre, accouchement spontané.

Pour l'étude des forces qui déterminent et maintiennent l'engagement voyez l'*Union médicale* des 7 et 12 Juillet 1887.

OBSERVATION XXXIII

Application de forceps irrégulière. — Hydramnios. — Périnées sans résistance. — Périnées indéchirables. — Variations d'engagement liées à la plénitude et à la vacuité de la vessie. — Ventre en besace.

1885. — Détestables sont les tissus de Mme V..., primipare. Nombreuses vergetures sur les seins comme au ventre, ce qui prouve bien que la distension n'est pas la principale cause de ces éraillures indélébiles, sorte d'éclatements du derme. Hydramnios brusque au cours du huitième mois. Abdomen antéversé. Ce sera une besace dès la seconde gestation. Gros enfant. Engagement limité. Position variable. O. I. D. T. le plus souvent.

Accouchement : le 26 Septembre, deux cent quatre-vingt-dix-neuf jours après la cessation des règles, cinq jours après la date extrême. R. T.: 1er Décembre; D. P. : 4 Septembre; D. E. 21 Septembre.

Amorcement. Poche des eaux tendue dans l'intervalle des contractions. Elle est assez volumineuse. Col effacé. Dilatation grande comme une pièce de cinq francs. Rupture artificielle. La tête descend; le col ne se reforme pas comme il arrive quand la région fœtale ne vient pas maintenir la dilatation. Celle-ci persiste mais moins grande, avec un orifice à bords épais tandis qu'ils étaient minces sous la pression de la poche des eaux. C'est l'épaississement secondaire.

Dilatation complète vers 2 heures de l'après-midi. La poche avait été rompue à 8 heures du matin environ. Une grande quantité de liquide s'était échappée.

A 3 h. 1/2, écoulement de méconium dilué; battements indistincts ; contractions utérines subintrantes. Il faut intervenir promptement.

Pour les applications de forceps en position postérieure, j'essaie

depuis quelque temps la méthode de Loviot que Tarnier vante. Son principe est de transformer les postérieures en transversales ou même en antérieures à l'aide de la main introduite, pouce compris ou non, derrière l'occiput, ou avec l'index seul, logé derrière le pavillon de l'oreille. Alors on place les cuillers de façon que leur petite courbure soit tournée vers l'occiput, la première branche introduite étant celle qui porte le nom de la position. Occiput à droite, branche droite ; occiput à gauche, branche gauche. C'est parfait quand on réussit ; mais il ne faut pas croire qu'on déloge aisément l'occiput quand la tête est mal fléchie. Le mot enclavement contre lequel protestait Mme Lachapelle n'a pas été inventé sans raison et l'asynclitisme n'est pas un mythe.

La tête est en O. I. D. T., pas très fléchie. Avec la main gauche j'amène l'occiput en avant vers l'éminence iléo-pectinée droite ; j'introduis la branche droite à plat sur la symphyse S. I. D. C'est ensuite le tour de la gauche et le mouvement de spire se fait bien ; mais mal aidé, opérant sur un lit bas, je m'aperçois que la branche droite déplacée s'est mise en position directe. Le temps presse. Le fœtus souffre. Persuadé que si jamais tête doit tourner dans les cuillers, et saisie irrégulière se régulariser, c'est celle-là, j'applique la branche gauche directement à gauche. J'articule et je vois à l'écart des manches que la saisie n'est pas correcte, ce que démontre en outre la direction de la sagittale. La rotation ne s'est pas achevée. J'extrais un gros fœtus de 3.600. Saisie fronto-mastoïdienne. Tiraillant la vulve en biais, le forceps se place obliquement pendant le dégagement ; la branche gauche regarde un peu en bas, la droite un peu en haut. Contusion par le bec de la cuiller sur le frontal gauche à deux centimètres environ de l'arcade sourcilière. Le périnée se déchire jusqu'à l'anus avec une petite portion du sphincter. Quatre heures après l'accouchement, suture de l'angle inférieur de la déchirure avec le catgut.

Suites physiologiques. Le périnée se répare au voisinage du sphincter. C'est l'essentiel. J'ai négligé à dessein la fourchette

et son voisinage. Cette vulve de mauvaise qualité est déformée au point qu'il m'est impossible de voir l'orifice uréthral. Il faut me fier à la localisation anatomique du méat au-dessus de la colonne vaginale antérieure, reconnue avec l'index. Je sonde trois fois ainsi. Une quatrième, j'échoue après cinq ou dix minutes d'essais infructueux, et n'ai pas à y revenir, les cataplasme d'ouate hydrophile humectée d'eau très chaude ayant déterminé la miction spontanée.

Sans prétendre excuser ma mauvaise opération, je commence à avoir une suffisante expérience des ruptures, pour être convaincu que la mauvaise qualité des tissus en est, je ne dis pas la seule, mais la principale cause.

Je me rappelle avoir vu, en un temps où je débutais à peine, D..., l'accoucheur bien connu, sommeiller sans souci près d'une de ses clientes au moment oú les bosses coronales distendaient la fourchette. Effrayé par l'élongation et l'élargissement du musculeux canal vagino-périnéo-vulvaire, quand le crâne sorti des os s'immobilise à l'orifice largement ouvert et ne recule plus entre les poussées, je tirai D... de sa somnolence.

Jugeant d'un coup d'œil la situation, et sans bouger de son fauteuil il me dit : « Je ne double plus avec la paume de la main, « les périnées à la sortie du fœtus. C'est inutile et malpropre. « Tarnier m'a affirmé qu'il obtenait de bons résultats en s'oppo- « sant avec la main appliquée sur la tête, au dégagement brus- « que des bosses frontales. C'est possible. Moi, je pense, que la « qualité des tissus prime toutes les précautions. Je ne crois pas « à la rupture de ce périnée qui semble réunir les conditions « nécessaires d'élasticité et de rétractilité. »

De fait, l'expulsion d'une fille de 4.000 grammes se fit sans accident. Il n'y eut même pas à la fourchette cette légère entame, qui trop souvent s'agrandit à la sortie des épaules et du siège, comme se déchire une étoffe dont la lisière est coupée. Bien qu'il soit certainement préférable de ne pas dormir pendant le dégagement et de retenir la tête issue des os et prête à achever

sa déflexion, il est non moins certain que les périnées crèvent parfois comme du papier mâché et que d'autres sont incroyablement résistants. J'ai vu à la clinique une femme au bassin vicié, dont l'arcade pubienne était si étroite qu'on ne pouvait mettre la main à plat sur la commissure postérieure, mais cette difficulté venait pour une bonne part de l'épaisseur du plancher qui ne se laissait pas déprimer. En ville, deux ou trois médecins avaient fait plusieurs tentatives d'application de forceps, auxquelles succéda la céphalotripsie, à l'hôpital. L'opération ultime dura une heure un quart ; très laborieuses tractions avec l'instrument pour extraire la tête broyée, plus laborieuses encore sur le tronc, tantôt en haut, tantôt en bas, avec une compresse attachée au cou jusqu'à ce qu'une aisselle fût accessible. Délabrement de la paroi vaginale antérieure ; sillons creusés dans la postérieure. Perforation de la vessie. En outre, arrachement de tissus derrière la branche ischio-pubienne et expulsion d'un lambeau long de cinq centimètres... Examinant sur le fauteuil à spéculum cette femme, au moment de sa sortie, j'ai fait ainsi le bilan des violences subies par le périnée : introductions réitérées du forceps; après l'une d'elles, une heure de traction ; pour finir trois introductions du céphaloribe ; trente-cinq minutes de traction sur l'instrument et quarante sur le cou; dégagement pénible du bras postérieur ; délivrance artificielle pendant laquelle l'anneau vulvaire serrait l'avant-bras comme un étau... Ce disant, je montrai aux élèves... *la fourchette intacte.*

1887. — Seconde grossesse de Mme V... R. T. : 24 Septembre (?) 1886; D. P. : 28 Juin; D. E. : 15 juillet 1887.

Utérus antéversé. Ventre en besace. Œdème des membres inférieurs, le soir seulement. Varices.

Au septième mois engagement profond (un seul examen). Au huitième, tête remontée. Ces variations sont fréquentes. (Voyez obs. XXXII.) Au neuvième mois, engagement profond.

Accouchement le 20 Juillet. Tête amorcée tout juste. On l'atteignait à peine du bout du doigt. Elle aurait aisément glissé dans l'une des fosses iliaques, pour peu qu'une mauvaise attitude eût favorisé l'inclinaison du fœtus à droite ou à gauche.

Recherchant la cause de cette ascension graduelle, je l'ai trouvée dans la réplétion de la vessie. Mme V..., par esclavage de ce que Richet nomme « bienséance sociale », a la détestable habitude de passer tout un jour, quelquefois plus, sans uriner. Je la sondai immédiatement, quoiqu'elle prétendît n'avoir aucun besoin. Plus d'un litre d'urine fut évacué, et au fur et à mesure que la vessie se vidait, la tête s'abaissait dans l'excavation et la remplissait. Immédiatement, travail plus actif. Accouchement spontané d'un gros enfant. Suites physiologiques. Sondages nécessaires. Grande lenteur de l'involution. Je note que Mme V... nourrit. La rapidité de la régression utérine et l'allaitement ne coïncident pas toujours.

1889. — Troisième grossesse de Mme V... L'utérus repose sur les cuisses en toute attitude. Nombreuses variations d'engagement le plus souvent causées par la vacuité et la plénitude de la vessie.

Accouchement le 10 Mars. R. T. : 23 Mai 1888 ; D. P. : 21 Février. D. E. : 12 Mars 1889. Tête dans la fosse iliaque droite au début du travail. Je la remets sur l'aire. Je sonde. Elle s'amorce. Je la fais surveiller, pendant plusieurs heures, par une sage-femme qui la ramène sans cesse sur le détroit supérieur. Elle finit par se fixer.

Suites physiologiques. Vessie paresseuse.

1891. — Quatrième grossesse de Mme V... Développement de varices énormes, dans le pli fessier, à la vulve et à la face postérieure des cuisses. Présentations temporaires. Tête maintenue

sur l'aire, par une ceinture très sanglée. Jamais d'engagement. Comment la ceinture pourrait-elle le déterminer? L'antéversion est trop prononcée. R. T. : 24 Août 1890 ; D. P. : 25 Mai ; D.E. : 13 Juin 1891.

Accouchement plus lent encore que les autres, il débute le 7 Juin et s'achève le 9. L'expulsion dure trois heures. Le fœtus ne dépasse pas la moyenne.

Suites physiologiques. Vessie paresseuse.

OBSERVATION XXXIV

Présentation de l'épaule. — Décollation par le procédé de Pajot, dit procédé de la ficelle.

1885. — Le samedi 26 Décembre, à 6 h. 30 du soir, on apporte, à la clinique, une parturiente accompagnée par deux médecins et une sage-femme.

Suivant leur rapport, l'œuf se serait rompu lundi dernier (?) et leur cliente n'éprouvant aucune douleur aurait vaqué à ses occupations jusqu'à mercredi. Le jeudi, faibles douleurs. Le samedi, dans l'après-midi, les médecins constatent une présentation de l'épaule avec procidence du bras, font une tentative infructueuse de version et nous conduisent la femme.

A. — Interrogatoire. — Secondipare. Dernier accouchement à terme et spontané. R. T. : vers le 12 Mai. — Santé bonne en tout temps.

B. — Inspection. — État général excellent. Pouls et température normaux. Main fœtale à la vulve ; dans la supination le pouce est tourné vers la cuisse gauche : donc main gauche.

C. — Palper. — L'utérus gante le fœtus. Pas une goutte d'eau ; ce qui explique la rétraction des parois. Contractions et douleurs insuffisantes. L'extrémité céphalique se trouve à gauche de l'om-

bilic et au-dessous de lui. Le siège est à droite, un peu plus élevé. Fœtus et utérus forment une masse mobile qui roule entre les mains.

D. — Auscultation. — Au-dessous de l'ombilic foyer net, un peu faible.

E. — Toucher digital. — Le bras procident est œdématié. Je saisis la main du fœtus. L'index de ma main libre monte le long du bras à la recherche du creux axillaire. Diagnostic facile : A.I.G. de l'E.G. Par conséquent le dos est en arrière. Il faudra brusquer la version, comme dit Mme Lachapelle, c'est-à-dire pénétrer en avant, derrière la symphyse, le dos de la main frôlant les os pubiens. Lorsque j'ai saisi la main fœtale, ses petits doigts ont serré mon index comme pour dire : « Tâche donc de me tirer de là. » Oui, mais il faut pouvoir. Le toucher manuel, pratiqué sans violence, pourrait seul renseigner ; mais déjà le toucher digital révèle un orifice infranchissable même pour un fœtus qui doit être petit, sa vie intra-utérine atteignant au plus sept mois et demi.

F. — Toucher manuel. — On ne parvient pas à mettre plus de trois ou quatre doigts tout à plat dans l'orifice. De cette façon, on atteint en avant une petite tumeur ronde qui pourrait être un genou. Je prie une sage-femme adroite, dont la main n'est pas grande, de chercher à pénétrer plus avant, pour abaisser un pied, sur lequel on mettrait un lacs, en attendant pour agir une dilatation plus avancée; car on ne peut songer à retourner actuellement ce fœtus dans un utérus sans eau, mobile, rétracté.

La sage-femme échoue. Il n'y a qu'à attendre que la porte s'ouvre plus ou moins, mais assez pour permettre la saisie d'un pied; ou que la région fœtale, poussée dans l'excavation, étire puis allonge le cou, qu'on tranchera.

Le dimanche matin, ni l'état général ni l'état local n'ont changé, à part quelques phlyctènes sur le bras tuméfié du fœtus La mère a dormi. Tentative inutile d'introduction de la main sous le chloroforme. L'orifice est infranchissable.

Le dimanche soir, la température, jusque-là normale, monte à 38°3. Malaises. L'état local s'est modifié. Le bras est plus engagé, le siège remonté, la petite tumeur ronde, supposée genou, inaccessible, et l'on sent nettement le gril costal. Je déclare que si je puis atteindre le cou, j'en ferai la section, quoique le fœtus soit vivant, parce que la situation ne peut se prolonger sans compromettre la mère. Une odeur légèrement fétide s'exhale de la vulve. Je tire sur le bras pour l'abaisser. Impossible d'atteindre le cou. Il faut encore attendre.

Le lundi matin à trois heures la femme a un frisson et 41°. Le bras presque entier est hors de la vulve. Contractions toujours faibles. Orifice toujours resserré. La rotation s'est faite ; la tête est sur le pubis. Tirant sur le bras, j'arrive enfin à mettre l'index sur le cou. Je juge impossible de manœuvrer les ciseaux de Dubois, avec sécurité pour la mère. J'essaie donc de passer le crochet de Pajot. Après deux tentatives inutiles, je sens l'olive de l'autre côté du cou. J'attache un fil à la baleine, et la ficelle de fouet au fil. Je fais pousser la baleine. Elle bute contre les parois du vagin. Il faut saisir l'olive avec une pince. Pendant qu'on cherche cette pince, j'attrape l'olive et l'abaisse. La ficelle est passée. Je croise les deux bouts pour mettre à l'abri les tissus maternels et je scie. Section rapide ; mais le fouet casse sur la colonne vertébrale, parce que j'ai négligé de le faire filer pour renouveler la partie qui sectionne et s'use. Mieux vaudrait mettre sur le fouet une spirale en fil de fer recuit ; la résistance serait plus grande. Je demande un crochet de Braune pour rompre la colonne. Je le regarde, et j'y renonce. Jamais je ne me servirai de cet instrument. On fait violence, et l'instrument s'échappant au dernier effort, peut blesser la mère. Je remets en place le crochet de Pajot et une ficelle de fouet double. La colonne est coupée. Extraction rapide du tronc. Écoulement de sanie horriblement fétide. Toute la salle en est infectée. L'orifice utérin est rétracté. Il s'ouvre après une injection intra-utérine, et une puissante contraction pousse et engage la tête que

j'extrais fléchie par la méthode de Mauriceau. Seconde injection qui détermine l'expulsion spontanée du placenta découronné. Troisième injection. Quelques lambeaux de membranes sortent. L'odeur a disparu. Le fœtus pèse 2.000 grammes.

Le lendemain 29 Décembre, la température s'élève à 38°2, le matin, et 39°1, le soir. Douleur aux deux hiles. Neuf sangsues.

Le 30 Décembre, douleurs disparues; température : M. : 37°3. S. : 37°4. A minuit : 38°7.

Le 31 Décembre, à six heures du matin, le thermomètre marquant 38°4, je donne une injection intra-utérine. Introduction complète de la sonde. Le soir la température est de 38°. Seconde injection ; introduction incomplète de la sonde. A minuit : 38°2.

Le 1er Janvier la température s'abaisse : M. : 36° ; S. : 37°5.

Quelques jours plus tard la femme sort en bon état.

J'ai dessiné le fœtus dont la déformation m'avait frappé et j'ai écrit sous ce dessin : « Ce que j'ai voulu rendre c'est la disproportion des deux segments : 1° tronc, 2° tête et cou. » En effet non seulement le cou mais la tête elle-même sont étirés, amincis, allongés. Malheureusement je n'ai indiqué dans mes notes ni la mesure exacte des segments, ni celle des diamètres céphaliques. Je ne puis donc apprécier exactement l'élongation.

OBSERVATION XXXV

Accouchement gémellaire. — Thrombus. — Traitement par l'expectation et les lavages.

1885. — Le 12 Novembre, j'ai trouvé dans les salles une femme accouchée, pendant la nuit, de deux garçons. C'est une tertipare, déjà mère de jumeaux, de sexes différents. De race normande, elle-même est sœur de jumeaux. Le père est de la Haute-Saône.

Grossesse physiologique. R. T. : le 3 Février. D. P. : 4 Novembre ; D. E. : 23 Novembre. Derniers rapports le 3 et le 16 Février. Varices des membres inférieurs et des parties génitales.

Accouchement : les 11 et 12 Novembre, de 10 heures du soir à 3 h. 10 du matin. Le premier œuf s'est rompu à 10 h. 30 du soir ; le deuxième à 3 heures du matin. La dilatation a été complète à 1 h.30 du matin. Les deux enfants sont nés à 2 h.40 et à 3 h. 10 du matin, présentant l'un et l'autre le siège, décomplété pour le second. Poids : 3.190 grammes et 3.350 grammes. Les œufs n'ont pas été conservés. Ils pesaient 1.100 grammes.

Suites. — La femme se plaint vivement d'une grosse tumeur qui fait saillie à l'orifice vulvaire. L'infirmière affirme qu'elle n'existait pas avant 8 h. 30 du matin ; mais il y a eu gêne et sensation de poids et d'issue, graduelle, depuis l'accouchement. Thrombus manifeste. Je l'examine dans le décubitus latéral. Il paraît limité à la grande lèvre gauche et au tissu cellulaire de la fesse correspondante. Son volume est celui d'un très gros poing. Par le toucher il ne semble pas remonter dans la cavité pelvienne.

Du 12 au 14, température normale. Les lochies coulent facilement. Le pourtour de l'anus est lie-de-vin, coloration qui s'étend loin sur la fesse gauche. La partie supérieure de la grande lèvre n'est qu'œdématiée ; tendue au contraire avec plaques ecchymotiques à la partie inférieure, violacée comme la fesse. Pas de chaleur locale. Expectation.

Le 15 Novembre, la tension diminue et je constate près des plaques ecchymotiques deux perforations de la grandeur d'une pièce d'un franc.

Le 16 les deux perforations sont réunies, formant une ouverture par laquelle les caillots tendent à s'échapper. Température et état général satisfaisants. J'extrais la partie superficielle du caillot. Aucune fétidité. La profondeur de la cavité égale au moins l'index. J'y plonge une canule en verre et j'irrigue. Ces

lavages seront renouvelés de deux en deux heures, sauf pendant le sommeil.

Du 16 au 21 Novembre, diminution rapide de la tumeur qui, le 20, offre l'aspect suivant : volume quatre à cinq fois moindre; ouverture allongée à bords épais, indurés, anfractueux. Petites escharres disséminées au pourtour de l'orifice. La température s'est brusquement élevée le 18, jusqu'à 40°. Fétidité des lochies vaginales et non de la cavité du thrombus. On irrigue le vagin d'où sont expulsées de nauséabondes matières. Chute de la température.

Le 24, il ne reste que des traces d'ecchymoses à la fesse. La grande lèvre a repris sa forme. Elle est encore un peu œdématiée. Les bords de l'ouverture se sont détergés et ont bon aspect. Elle est cachée entre les deux grandes lèvres.

Du 24 au 29, diminution graduelle de la tumeur et de son orifice. Le 29, les tissus ont recouvré la souplesse. L'orifice est très petit. Le 6 Décembre, fistule borgne insignifiante.

OBSERVATION XXXVI

Hydramnios. — Est-elle liée à l'hérédo-syphilis ? — Rapidité de l'accouchement chez une primipare de 40 ans. — Variations d'engagement. — Diagnostic de la rupture de l'œuf. — Agitation dans la période d'expulsion. — Absence de cris et même de douleurs pendant la sortie de l'enfant.

1885. — Cette semaine s'est passée sans événements de grande importance, mais non sans faits intéressants et dignes d'être notés. Je les mets en groupe.

D'abord le n° 35 a mis au monde un enfant de 3.710. Bel enfant par conséquent. Or cette femme était hydramniotique à un haut degré; nous l'avons gardée longtemps au service des femmes

enceintes. La tête ballottait sur l'aire du D. S. et ne s'est engagée qu'à la fin du travail au moment où l'aide sage-femme a rompu la poche des eaux, ce qu'elle a fait adroitement, derrière la symphyse pour éviter les procidences, auxquelles la rupture centrale ou en arrière expose, par l'irruption du flot. Et ce flot a été considérable, conformément au diagnostic.

Tous les signes communs et rares de l'hydramnios étaient réunis. J'ai déjà indiqué le défaut d'engagement et le ballottement. Ajoutons, la tension permanente de la paroi abdominale avec rénitence kystique, et la tension du segment inférieur. De plus — phénomène curieux — grâce à un bourrelet vaginal circulaire, ce segment inférieur tendu semblait une poche des eaux prête à éclater dans un orifice complètement dilaté. J'ai eu tout loisir de faire constater la chose aux élèves, pendant le long séjour de cette femme. Elle a passé plus d'un mois dans la maison et nous avons vu son ventre s'accroître considérablement, plus par développement du fœtus que par surcroît de liquide amniotique. Cette femme prenait du sirop de biodure ioduré parce que la *mode scientifique* est de lier l'hydropisie utérine à l'hérédo-syphilis. Aucun renseignement n'en avait fourni la preuve et l'aspect comme le développement du nouveau-né ont contredit cette hypothèse. Cependant, ce genre d'enquête à l'hôpital est forcément sujet à caution et peu approfondi : aussi je ne vois aucun inconvénient, et il y a même avantage à donner le sirop d'hydrargyrate de potasse, s'il est bien toléré, dans un cas simplement suspect, mais on doit se bien pénétrer de l'idée, confirmée par les faits, que le pronostic de l'hydramnios en bien des cas est très favorable et que l'hydropisie utérine est liée aux gros enfants comme à la gémellité.

Une primipare de 40 ans en travail lent et douloureux depuis deux jours, si douloureux même, qu'on lui a fait une injection sous-cutanée de morphine, a presque brusquement passé, malgré cette injection, d'une dilatation n'égalant pas 2 francs, à 5 h. 15, à la dilatation complète suivie de l'expulsion sponta-

née d'un fœtus pesant 3.570 grammes. O.I. G.P. réduite. Naissance à 6 h. 30. Le fait est exceptionnel et par l'âge maternel, la primiparité, le volume fœtal, la rapidité de la dilatation, de la réduction céphalique et de l'expulsion (1).

Cette femme a été pour moi un nouvel exemple des variations d'engagement, exemple d'autant plus intéressant qu'elle était primipare.

Un jour, l'engagement, nul la veille et le matin même, le soir, tellement profond qu'il fallait soulever la tête pour placer l'index entre le segment inférieur coiffant icelle, et le périnée. Cette descente a été instantanée, presque brusque, pendant un examen. Elle était la conséquence de contractions indolores subintrantes. Deux jours plus tard, la tête était remontée et moyennement engagée.

Je signale enfin, à propos de la même femme, que, la dilatation égalant environ deux francs, et l'œuf étant rompu depuis la veille, on sentait une poche épaisse qui bombait pendant les contractions et qui était le cuir chevelu. C'est en pareil cas qu'on trouve parfois, après la naissance, des coups d'ongle et même des perforations. Accrocs inexcusables ; mais le diagnostic est très délicat.

Ce même jour, j'avais trouvé au service des femmes enceintes une autre primipare à terme, se promenant avec agitation et ayant toute l'apparence d'une parturiente en période d'efface-

1. **1906.** — Une curieuse statistique de Bataillard, élève de Pinard, (*Annales de génécologie*, 1889) a démontré que la réduction des positions postérieures est plus lente pour les fœtus inférieurs au poids moyen, que pour les fœtus qui le dépassent. Logiquement le fait s'explique par une flexion céphalique prononcée chez ces derniers. Les gros enfants ne peuvent s'engager que par une complète flexion. La réduction plus ou moins rapide dépendrait donc du degré de flexion. Erreur ! Toujours d'après la statistique, le fait signalé par Bataillard s'applique exclusivement aux multipares. Chez les primipares, plus l'enfant est volumineux, plus la réduction est lente. Affaire de souplesse de tissus sans doute.

ment ou tout au plus au début de la dilatation. Il était 5 h. 30. J'apprends qu'à une heure le col était entier. Je la touche et n'ai que le temps de la faire porter à la salle de travail. La tête était à la vulve. Poids de l'enfant : 2.930 grammes.

Beaucoup de femmes accouchent sans crier, et même par exception, sans douleurs. Mme O... que j'ai assistée ces jours-ci avait une dilatation égale à cinq francs à mon arrivée et restait debout. J'insiste pour qu'elle se couche de suite, étant multipare. Elle s'étend sur sa chaise longue en attendant que le lit soit préparé. Violente, involontaire, et soudaine poussée, Mme O... dit : « le voilà ». On entend le vagissement sous ses jupes.

Autre exemple de travail rapide : Mme K... est venue loger à ma porte parce qu'elle tenait à mes soins, et n'avait été assistée à temps pour aucun de ses accouchements, tant ils se précipitaient. Il est convenu qu'elle me préviendra à la première petite douleur. On me prévient. C'était le jour. Le temps de prendre mon chapeau, de descendre, traverser la rue et monter en courant l'escalier, l'enfant était sur le lit et le placenta à la vulve.

1906. — L'insensibilité la plus extraordinaire que j'ai vue au cours de ma vie d'accoucheur, est celle d'une primipare de 19 ans, assistée par moi à la naissance d'un enfant de 3.100 grammes. Au moment où la tête s'est fixée dans le bassin mou, comme je manifestais à cette jeune femme mon étonnement de son calme sans pareil, elle m'a répondu: « Mais, c'est à peu près comme si j'allais au cabinet. »

OBSERVATION XXXVII

Ce qu'on appelait jadis une série malheureuse. — Enfants infectés par la vaccination de bras à bras.

1885. — Il y a quelques semaines, j'ai fait isoler un enfant vaccinifère, dont le bras s'était œdématié peu après son retour de l'Académie. Je ne sais ce qu'il est devenu, sa mère apeurée l'ayant emporté aussitôt; mais cet événement m'a fait réfléchir. Par malheur, je ne puis empêcher l'envoi de nos enfants à l'Académie. Et puis qui dira si ceux qu'on lui porte ne sont pas déjà infectés ?

Nous avons assisté, le mois passé, à l'éruption de bulles de pemphigus à la plante des pieds d'un enfant vacciné la veille, c'est-à-dire le lendemain de sa naissance. Au pemphigus ont succédé, quelques jours plus tard, des macules sur plusieurs points du corps. Cet enfant était donc, au moment de l'inoculation, syphilitique latent. Voilà qui prouve le danger des vaccinations précoces; et que dire de ceux que courent et font courir les vaccinifères ! Je suis depuis longtemps hanté de cette crainte, qui, hélas ! n'est pas chimérique. Et cependant Pasteur vit et triomphe ! Mais pour combien de gens même instruits, même consciencieux mais routiniers — et la routine est une borne — Pasteur n'est encore qu'un chimiste s'aventurant dans la médecine, et Lister, son disciple d'il y a déjà quinze ans, un inconnu !

Donc j'ai eu le chagrin et la colère de voir mourir d'érysipèle ambulant plusieurs de nos plus beaux nouveau-nés.

Le point de départ de l'épidémie a été la vaccination du... L'enfant qui a ouvert la série, — probablement du moins, car d'autres sont partis en apparence indemnes et peut-être conta-

minés (1), — avait été conduit à l'Académie la veille. Le lendemain, il pâlissait puis refusait le sein. Chaleur de la peau. Deux jours plus tard, une plaque rouge s'étalait sur tout le thorax et le bras s'infiltrait. X..., chef de clinique des enfants, l'ayant examiné, à un moment d'apyrexie avait cru à de l'érythème vaccinal; mais, le soir, la température s'est élevée à 39° et la plaque thoracique s'est frangée d'une ligne rouge, çà et là distincte de la rougeur générale et formant un léger bourrelet. Le lendemain, œdème pénien qui devient considérable. Malgré des signes alarmants et la sortie prématurée de la femme qui s'inquiète en voyant des accidents semblables autour d'elle, j'augure bien de l'issue, car l'enfant a repris le sein.

Un autre enfant, vacciné à la même date et vigoureux comme le premier, est pris de malaises et d'œdème brachial. Il meurt convulsé, en quelques heures.

Un autre enfant, vacciné à la même date, entre aussi en convulsions quelques heures avant le précédent et expire de même façon presque aussitôt.

Un autre enfant, vacciné à la même date, est pris de malaise, d'œdème brachial considérable, et d'une éruption semblable à celle qui a ouvert selon toute apparence la série. L'affection évolue en sept jours. Marche ambulante : envahissement successif d'une partie du dos, du cou, des cuisses, du cuir chevelu.... Sur

1. Suivant des recherches ultérieures quelques enfants vaccinés à la même date ont échappé (1907). L'infection, dans les pires conditions, n'est pas fatale. Autrement quelle mortalité eut affligé jadis la phlébotomie : Saint-Simon raconte comme un fait exceptionnel, le phlegmon qui envahit son bras à la suite d'une saignée. J'ai vu une accouchée sans fièvre, étendue sur les journaux où elle avait été délivrée huit jours auparavant. En Bretagne, j'ai été appelé pour l'érysipèle d'un paysan qui dormait en bas d'un lit-armoire à plusieurs étages. Au-dessus de lui était sa femme, mère depuis cinq jours. Six cochons encombraient la chambre. L'accouchée avait le pouls lent... Simples curiosités. Ne pas oublier que les épidémies hospitalières puerpérales n'existent plus et que, la moitié, dit-on, de nos blessés, en 1870, eût été sauvée, si nos chirurgiens n'avaient pas ignoré Lister.

l'occipital, paraît une tumeur grosse et dure comme une noix. Elle se forme pendant la nuit, et disparaît dans la journée. La plaque cutanée a un bord frangé plus ou moins rouge et à sa périphérie un léger bourrelet. Selles vertes très fétides. Le lendemain, des tumeurs multiples, pareilles à la première, moins volumineuses cependant, paraissent sur la région mastoïdienne et pariétale droite. L'une des tumeurs devient mollasse. Ce sont des boules d'œdème dur ou mou. La face et le côté droit du cuir chevelu sont infiltrés. Température rectale, 38°3. Phlyctène noirâtre à droite de l'olécrâne droit. Le lendemain, température rectale: 38°5. Phlyctène symétrique à l'olécrâne gauche. L'érysipèle du cuir chevelu se limite nettement par un bourrelet. Cris plaintifs. Mort.

Un autre enfant, vacciné à la même date, est envahi en même temps. L'affection débute par des traînées de lymphangite au bras et sur le grand pectoral.

Durée : huit jours. Même marche à quelques nuances près. Tumeur sur le pariétal droit. Œdème dur de consistance presque osseuse. Œdème des parties génitales (pénis et bourses). Deux jours plus tard, longue tuméfaction en boudin à la face postérieure de la tête. Rougeur et bord frangé. Traînée purulente sous-épidermique sur le raphé scrotal. Température : M. : 38°4; S. : 36°5 (vérifiée). Le lendemain, œdème de la face et du cuir chevelu avec phlyctènes noires. Pus sous la peau des bourses. Mort le jour même.

Un sixième enfant sorti bien portant avec sa mère nous est apporté mourant. Il aurait été inoculé avec le vaccin du nouveau-né porté à l'Académie. Il clôt la série... connue.

1906. — La vaccination par la génisse, et la propreté, rendent impossibles pareils désastres. Morti et morbicole a été et est encore la médecine, par ignorance ou sotte présomption. Il faut avoir assisté à ces désolantes scènes pour s'expliquer la terreur

que causait à certains vieux médecins la vaccination, et les idées anti-Jennériennes, conséquence non moins désolante de cette terreur.

OBSERVATION XXXVIII

Grossesse gémellaire. — Difficultés du diagnostic. — Isochronisme des foyers. — Hydramnios. — Mutations de présentation des fœtus. — Bassin oblique ovalaire.

1885. — Entrée à l'hôpital, le 30 Décembre, parce qu'elle souffrait, N..., secondipare, est accouchée à terme de son premier enfant. Elle serait tombée d'un second étage (?) à 2 ans. Une luxation non réduite de la jambe gauche aurait été le résultat de cette chute. La marche ne s'est établie qu'à 3 ans et n'a pas été interrompue depuis.

Quelques varices aux membres inférieurs. La jambe gauche est plus courte que la droite. Une boiterie rend là luxation manifeste à la vue, que confirme l'exploration manuelle.

R. T. : le 17 Avril 1885 ; D. P. : le 16 Janvier 1886 ; D. E. : le 4 Février. Les dernières règles ont duré deux jours, au lieu de six qui représentent le temps habituel. Douleurs de bas-ventre depuis un mois. Œdème des jambes, le soir seulement. Ce sont donc vraisemblablement les varices qui causent cet œdème. On recherche l'albumine : 0.

Ventre très développé. Beaucoup de liquide. Au palper, ballottement céphalique net, en haut et à droite. Siège sur l'aire du détroit. S. I. G.

Au toucher : excavation vide, col entier. Le bassin est asymétrique (type oblique ovalaire de Lenoir). Il doit être élargi au détroit inférieur. Il l'est manifestement. Son côté étroit doit cor-

respondre, encore suivant la règle, à la jambe saine qui est la jambe droite. Cependant au toucher la moitié droite de l'excavation semble plus large que la gauche. Illusion assez fréquente en pareil cas et dont la cause est peut-être la déviation de la vulve visible chez cette femme, et la déviation correspondante du vagin.

Le 31 Décembre, X..., externe du service, appelle mon attention sur deux foyers constatés par lui la veille. Je reconnais leur existence ; mais ils sont isochrones, ce qui ôte de la valeur à ce signe de gémellité, sans la faire rejeter cependant. Je cherche donc un second fœtus par le palper, et ne perçois qu'un ballottement des plus vagues. La position étant S. I. G. je suppose que comme dans les O. I. G. P. on entend à droite et à gauche les battements d'un seul et même cœur. Entre les deux foyers existe cependant une zone absolument muette. J'attribue ce silence au bras interposé entre les foyers. Alors je mobilise le fœtus et le foyer droit disparaît. Je fais une tentative de version par manœuvres externes — très doucement. Elle échoue.

Le 1er Janvier au soir, je me pose de nouveau la question de gémellité, ayant perçu, une seconde fois, un second mais toujours vague ballottement céphalique. Les deux foyers ont reparu, toujours isochrones. Chose rare.

Le matin du 2 Janvier la gémellité ne fait aucun doute. Deux têtes ballottent en haut. On constate deux plans résistants et de nouveau les deux foyers. Le fœtus de l'œuf droit doit être petit si l'on en juge par les sensations perçues et les incertitudes des jours passés. Une série de mutations de présentations survenues du 2 au 10 Janvier confirme cette hypothèse et le diagnostic hydramnios.

Le 3 Janvier, le gros fœtus — œuf gauche — s'est placé tête en bas. Engagement moyen constaté par le toucher.

Le 4, le même fœtus s'est remis tête en haut, siège en bas, très distinct au palper. Excavation vide.

Le 10, c'est le fœtus droit qui évolue. Il se met tête en bas.

Ballottement net dans la fosse iliaque droite. Le foyer s'est également déplacé.

Le 12, mêmes situations réciproques.

. . . . . .

Cette observation restera incomplète. C'est la dernière de l'hôpital... Il faut quitter cette maison où je venais jour et nuit et que j'aimais, pour mon instruction, pour celle des autres, pour l'assistance rendue, et pour l'affection dévouée d'un personnel qui ne redoutait pas ma sévérité. Retrouverai-je un service ?

OBSERVATION XXXIX

L'aptitude à la vie extra-utérine n'est pas toujours en rapport avec le poids du fœtus. — Origine du vieux préjugé d'une vitalité plus grande à 7 mois qu'à 8 mois.

1886. — Madame I... est accouchée prématurément le 15 Avril d'un garçon de 1.800 grammes suivi d'un très petit placenta inséré au fond de l'utérus. Je ne sais à quoi attribuer cette expulsion avant terme. Trois grossesses antécédentes : deux enfants vivants; un mort pendant le travail.

Point de couveuse. Des boules d'eau chaude et une nourrice suffisent.

R. T. : 2 Août 1885; D. P. : 6 Mai 1886; D. E. : 23 Mai. Par conséquent la durée de la vie intra-utérine atteignait au moins la fin du huitième mois; 1.800 grammes représentent un poids très inférieur à la moyenne de cet âge. Cependant cet enfant s'est facilement et régulièrement développé (1).

Cela prouve une fois de plus qu'il n'y a pas rapport nécessaire entre le poids du fœtus et son aptitude à la vie extra-utérine.

1. Je l ai suivi jusqu'au mois de juillet.

Conformément à un préjugé universel et fort ancien, contre lequel Mauriceau a protesté au nom de l'expérience et de la simple logique, Mme I... et son mari croyaient leur enfant plus exposé que s'il était né un mois plus tôt. Réfutant la baroque explication que les « auteurs » avaient donnée de ce préjugé, Mauriceau, grand observateur, mais ignorant les lois mécaniques de l'attitude fœtale, dit : « L'enfant, par sa posture, res-
« semble assez bien, dans les premiers mois, à un chieur
« accroupi qui baisse la tête pour regarder ce qu'il fait... Au
« septième ou huitième mois il change cette posture commode,
« en laquelle il se repose facilement... il est porté en bas par le
« poids de sa tête devenue trop grosse... il culbute... et sa face
« alors regarde le cul de sa mère... N'étant pas encore accoutumé
« à cette dernière situation, il se remue, et se tourmente quel-
« quefois tant, que la femme croit en devoir accoucher, comme
« je l'ai vu souvent arriver, et particulièrement à la femme de
« *M. Delanos*, mon confrère... Si on fait bien réflexion à cette cir-
« constance, on connaîtra que c'est là cette première prétendue
« tentative, que les auteurs se sont imaginée que l'enfant faisait
« pour sortir au septième mois ; ce que ne pouvant faire, il
« demeurait ainsi jusques au neuvième, et que la réitérant au
« huitième, s'il y naissait, il ne vivait pas longtemps ; d'autant
« qu'il ne pouvait endurer deux tels puissants efforts, si proches
« l'un de l'autre (1). »

Mauriceau croit évidemment que le préjugé nous vient des auteurs et les raille ; mais ils n'ont fait que donner une explication savamment absurde à un préjugé populaire. Celui-ci me paraît, comme beaucoup d'autres, avoir son origine dans les croyances religieuses de l'antiquité. Il s'explique par le *numero deus impare gaudet*. Le chiffre 7 était sacré. L'enfant naissant à 7 mois était protégé des dieux ; il avait pour cette raison plus de chances de vivre que s'il était né au huitième.

1. Mauriceau. *Traité des maladies des femmes grosses*. Livre II, p. 233, 234, 235.

OBSERVATION XL

Présentation du siège. — Échec de la version. — Fracture du bras du fœtus. — Suites fébriles sans infection apparente. — Congestions. — Prédisposition héréditaire aux névroses et à la tuberculose. — Importance des lochies. — Consanguinité.

1886. — Le père de Mme U..., névropathe, strabique, a été atteint de pthisie à évolution très lente. Il est mort âgé. Un oncle aurait été tuberculeux. La mère de Mme U... est morte phtisique; mais par contagion, vraisemblablement, et aussi par épuisement cette tuberculose étant survenue à la suite d'un sixième enfant tard venu, nourri trop longtemps malgré mes conseils, et d'un sevrage imprudemment conduit. Une pleurésie se déclara et la tuberculose évolua en peu de mois. Sa fille a eu trois demi-sœurs, l'une épileptique et idiote, morte en bas âge, l'autre atteinte de strabisme, la dernière frappée de méningite dans l'enfance, strabique névrosée, qualifiée hystérique latente, tardivement atteinte d'affection grave jugée tuberculeuse, cinq frères parvenus tous à l'âge adulte, l'aîné indemne, le second, strabique, éclamptique dans la première enfance, plus tard épileptique momentané, le troisième tuberculeux sans bacilles avérés, guéri dans les Alpes, père d'enfants d'apparence saine, mort rapidement d'une affection qualifiée rhumatismale; le cinquième épileptique dans la seconde enfance atteint d'otite jugée non bacillaire, opéré, devenu phtisique immédiatement après, et vivotant en sanatorium. Mme U... a épousé un cousin maternel, aîné de deux sœurs adultes, sans tare tuberculeuse, sans névrose du jeune âge.

Grossesse. — R. T. : 30 Décembre; D. P. : 3 Octobre; D. E. : 20 Octobre 1886.

Dès le sixième ou septième mois, en examinant Mme U..., j'avais constaté que l'enfant se présentait par le siège. Ce mode de présentation considéré comme normal, à cette époque de la

grossesse, persista. Trois ou quatre tentatives de version par manœuvres externes furent faites en conséquence, à divers jours, à différentes heures. Une fois, je me suis rendu chez Mme U... à quatre heures du matin. La vie d'un enfant vaut cette peine. J'espérais en effet réussir, en profitant d'un instant où le segment inférieur de l'utérus ne plongerait pas trop avant dans l'excavation. A certains moments Mme U... sentait « son enfant très haut » et souffrait d'une oppression qui disparaissait dès que l'utérus s'abaissait. J'ai décrit ces variations. Tout fut vain et je n'eus pas à regretter que l'engagement eût empêché la manœuvre, car, comme on verra, il y avait trois circulaires du cordon étreignant le cou de l'enfant.

Accouchement. — Le 9 Octobre. Travail rapide. Rupture artificielle de la poche des eaux, au temps d'élection. Un mince segment de l'orifice se détache comme un demi-anneau. Je romps cette bride avec le doigt. Dégagement spontané du siège. L'enfant palpite sous mes doigts. J'interviens. Bras gauche relevé. Je l'abaisse et j'entends un craquement. Trois circulaires. Extraction facile de la tête. Légère déchirure de la fourchette. Gros garçon de 3.500. J'examine le bras et ne découvre aucune fracture, mais je recommande la surveillance.

Quelques jours plus tard on me dit que l'enfant ne peut remuer le bras. Je pense d'abord à une paralysie du deltoïde ; mais de la douleur et du gonflement surviennent. Il y a probablement fracture intra-capsulaire, ou fissure, et arthrite-consécutive. Immobilisation du bras et de l'épaule. Guérison en trois semaines.

Suites de couches. — L'hérédité chargée de Mme U... me préoccupait.

Le soir du jour de l'accouchement : 38°, température de surmenage. Le cinquième jour, frisson et 40°5. Ventre souple : abondance de lait. J'attribue, sans démonstration, à un peu de septicémie cet accident qui disparaît au bout de trois jours, pendant lesquels la température oscille de 38 à 39°. Les lochies sanglan-

tes sont presque nulles. Je surveille le nourrissage, autorisé sous caution de la balance. Je félicite Mme U... d'avoir perdu peu de sang. Elle a ainsi conservé des forces pour allaiter. Appétit excellent, tout marche à souhait.

Vingt-trois jours après l'accouchement, on me fait savoir que Mme U... maigrit. Je vais la voir. Elle se porte bien ; mais l'amaigrissement n'est pas douteux. La jeune femme a été prise d'une petite toux sèche. Elle se plaint d'un léger mal de gorge. Simple congestion ; mais, décidé à suspendre l'allaitement à la première alerte, je conseille une nourrice ; décision qu'appuie l'auscultation ; je trouve en effet le rythme respiratoire inégal, affaibli à droite, avec une légère submatité à la percussion. Je pars préoccupé. Le lendemain ou le surlendemain dans l'après-midi, grand frisson, température : 40°5. J'accours. Foyer de congestion pulmonaire très net dans la fosse sous-épineuse gauche. La respiration est redevenue normale à droite. Large vésicatoire entre les épaules. A la suite de ce vésicatoire et malgré un nouvel accès de fièvre aussi violent que le premier la congestion disparaît, fait constaté par le médecin consultant que j'avais appelé dès le frisson, et qui partageait mes inquiétudes. Dès lors tout va bien.

1889. — En 1888-89 nouvelle grossesse. R. T. : 30 Juin ; D. P. : 31 Mars ; D. E. : 19 Avril. Le 31 Mars accouchement physiologique d'un beau garçon se présentant par le sommet. Quantité de sang perdu : insignifiante. La température de la mère s'élève dès le 1er Avril au soir et varie de 37 à 39° jusqu'au 9. Congestions fugaces au sommet des poumons. A partir du 9 suites normales.

1891. — Nouvelle conception. Un avortement antérieur (voyez observation LXVII). R. T. : 29 Mars (?) ; D. P. : 28 Décembre ; D. E. : 16 Janvier 1892.

Grossesse. — Menace d'avortement. Hémorragie vers le deuxième mois. Traitement par le repos et la suppression des rapports.

A 7 mois présentation du siège engagé. Je suis d'avis qu'en pareil cas il faut s'occuper, dès lors, de la version. Je me fiais à l'instabilité ordinaire de la présentation, à pareille époque chez une multipare et aux variations d'engagement dont j'ai montré la fréquence (obs. XXXII). Or, l'engagement persista, et, vers le 20 Décembre, le siège était sur le périnée, un pied relevé en attelle, l'autre fléchi et mobile. Insuccès probable de toute tentative. Le devoir de l'accoucheur est d'épier l'instant propice; mais s'il ne survient pas, la version est contre-indiquée. Inutile de s'escrimer quand le siège est engagé. Faut-il faire violence sous le chloroforme? X... pratiquerait cela? Hum!

Mme U... redoutait le régime des lavages vaginaux préventifs, les injections même tièdes faisant naître chez elle des contractions, qui se prolongeaient parfois longtemps. En raison de cette irritabilité, je les fis commencer tardivement, c'est-à-dire le 24, souhaitant qu'elles eussent leur résultat idiosyncrasique, à cause de la présentation du siège. Le 25 dans l'après-midi les douleurs survenues après l'injection persistaient, et le travail débuta.

Accouchement. — Le 26, à 3 heures du matin, la dilatation commençait. J'arrivai sans tarder. Orifice plus grand que deux francs. J'eus à ce moment une fois de plus l'occasion de constater combien il est aisé de confondre le siège et le sommet, à quel point le bec de l'occiput ressemble à la pointe effilée du sacrum et comme la consistance dure des ischions rappelle celle des pariétaux. Il n'y avait pas de poche des eaux ; on ne sentait que la pointe du coccyx et le sillon — j'allais écrire la suture — qui en partait. L'impossibilité de percevoir la dépression anale me persuada que les membranes étaient intactes et que Mme U... se trompait en affirmant leur rupture. Elle confondait sans doute avec l'eau des injections.

La dilatation progressait lentement, et toujours aucune saillie

des membranes. Les contractions se ralentirent et diminuèrent. Vers 6 heures du matin, Mme U... déclara qu'elle ne pouvait souffrir plus longtemps, qu'elle était à bout de forces. Comme le mourant elle appela la mort. C'est un signe non équivoque le plus souvent, de la fin du travail ou du moins de la dilatation, Je touchai ; elle était complète ; les membranes bombaient. Je les rompis avec mon perce-membranes (obs. LXVI). Les eaux s'écoulèrent limpides. Mme U... fut mise en travers du lit, et je l'exhortai à pousser à la première douleur.

Celle-ci ne se fit pas attendre. Une seconde plus énergique succéda. Emboîtant le pas, elles précipitèrent le dénouement.

L'expulsion dura sept minutes. Les fesses sortirent les premières. Je ne touchai à rien, me gardant de tirer. Le corps de l'enfant était ferme, de cette rigidité de bon augure qui annonce la pleine vitalité. Le bras postérieur se releva. Je le dégageai de suite, en introduisant, conformément à la bonne règle, toute la main dans la concavité sacrée. Tête spontanément expulsée. Emploi de la méthode de Mauriceau presque inutile, tant la flexion est complète, les contractions énergiques, la dilatation suffisante. Cri vigoureux d'une grosse fille. Dans de pareilles conditions la présentation du siège vaut celle du sommet ; mais qui peut les prévoir ?

Suites. — Pas de fièvre. Pas de congestion pulmonaire. L'utérus saigne.

Le retour de couches prend la proportion d'une hémorragie qui s'installe. Parti pour ma seconde mission en Suède j'apprends qu'on a curetté Mme U..., ce que je n'aurais pas fait sans essayer d'abord les mouvements gymnastiques et le massage, dont je deviens très partisan, de par les résultats. Le curettage est à la mode. Je me défie de la *mode* en thérapeutique, surtout quand cette thérapeutique est opératoire, c'est-à-dire offensive. Le curettage l'est peut-être dans certains cas. Mme U... s'en est bien trouvée.

1907.—Le premier enfant est mort de méningite. Le second s'est élevé, se porte bien, mais n'est pas un brillant spécimen de race. La fille est également malingre. Deux autres enfants sont nés ; l'un est mort, l'autre s'élève. Mme U... est accouchée à l'étranger, de sorte que je n'ai pas de renseignements sur les suites de couches.

Décidément la notation au jour le jour des faits, même en apparence insignifiants, a une importance capitale. Leur valeur se révèle à un moment donné et se dégage de l'ensemble de l'observation.

On ne s'occupe plus guère des lochies, auxquelles les anciens attachaient une importance majeure. Je relève dans l'histoire de Mme U... les notes suivantes : « *lochies sanglantes presque nulles* » (premier accouchement)... « *je félicite Mme U... d'avoir perdu peu de sang. Elle a ainsi conservé des forces pour allaiter* »... « *Quantité de sang perdu insignifiante* (deuxième accouchement) »... « *L'utérus saigne. Hémorragie au retour de couches* » (troisième accouchement)... Or les accidents pulmonaires congestifs se sont produits aux premier et second accouchements et ont manqué au troisième.

Bien que je ne l'aie pas indiqué, je ne risque guère de me tromper en affirmant qu'au premier accouchement de Mme U... le retour physiologique des lochies sanglantes au vingt et unième jour a fait défaut absolument ou relativement et c'est à cette époque que la toux sèche suivie de congestion pharyngienne a fait apparition. J'ai félicité Mme U... d'avoir perdu peu de sang. Il n'y avait pas de quoi. Cette insuffisance a provoqué la congestion pulmonaire (1).

Il y a deux ans, une femme, que je devais assister pendant ses couches, fut atteinte d'hémoptysie légère, quelques semaines

1. Voyez à ce sujet mon *Traité de kinésithérapie* (Paris, Maloine) au chapitre des Vaso-dilatations erratiques et la brochure *Indications et contre-indications du traitement kinésique* (Vigot frères).

avant le travail. Précédemment jugée tuberculeuse et envoyée dans les Alpes, on la considérait comme suspecte encore, bien que très améliorée. La percussion m'indiqua un sommet droit mat, et l'auscultation, du souffle. Le médecin habituel ayant remarqué la fugacité de ces signes les considérait comme vestiges de tuberculose à surveiller, mais en disparition probable, surtout si la cure d'altitude était renouvelée.

L'accouchement fut spontané ; les suites apyrétiques. L'allaitement devant être essayé, sous toute réserve et surveillance, mais sur avis formel, parce que je mettais en doute la réalité de la tuberculose, l'hémostase fut favorisée après l'expulsion pour éviter toute déperdition de forces. J'activai par de légers massages l'involution utérine. Ma cliente ne perdit certainement pas deux cuillers à soupe de sang pendant la délivrance, et les lochies sanguines se réduisirent à rien. J'auscultai et percutai chaque jour, et ayant constaté la persistance de la matité et du souffle, je priai Merklen d'explorer à son tour et de décider s'il fallait ou non persévérer dans l'allaitement. Il autorisa cette persévérance sous caution de la balance bien entendu, et d'examens fréquents; mais le diagnostic de lésion éteinte ne faisaît pas de doute pour lui.

Or, brusquement le vingt et unième jour, date fatidique, à peu près fixe, du second molimen des femmes en couches, ma cliente fut prise d'une abondante hémorragie, et les signes stéthoscopiques disparurent radicalement. Le lait disparut en même temps.

La santé est actuellement excellente.

OBSERVATION XLI

Mauvais tissus.— Insuffisance des contractions.—Emploi du crochet pour l'extraction du siège. — Rupture complète du périnée. — Application irrégulière du forceps. — Suites fébriles. — Périnéorraphie. — Extraordinaire inertie utérine.—Impossibilité de provoquer le travail. — Éclatement de la cloison rectro-vaginale avant l'expulsion.

1883. — Le 11 octobre, N..., accoucheur réputé, m'a prié de l'assister auprès de Mme K... primipare. R. T. : 24 Décembre 1882 ; D. P. : 24 Septembre 1883 ; D. E. : 13 Octobre. Contractions insuffisantes. Grosse fille de 5 kilos moins quelques grammes se présentant par le siège. Intervention nécessaire. N... me demande — par politesse — mon avis. Lui, opine pour le crochet. Je propose le lacs pour ne pas blesser l'enfant. N... hausse les épaules : « Voilà bien la jeune obstétrique, dit-il. Elle a du bon cependant, mais... vous allez voir donner la vieille garde. » Et la vieille garde... donne. J'en suis encore stupéfait. N... déchire le périnée avec sa main, ne s'en aperçoit pas, continue la déchirure avec le crochet, et la parachève jusqu'à l'anus, en tirant dehors la grosse fille vivante dont j'ai donné le poids. Trou dans la cuisse, ayant la profondeur de l'olive du crochet du forceps. Périnée inutilement suturé. Opération à faire dans l'avenir. La blessure de l'enfant guérit avec le temps.

1886. — Nouvelle grossesse. Mme K..., blonde, blanche, grasse et molle, aux tissus chargés de vergetures, est une de ces femmes qui dérangent sans scrupule le médecin, à toute heure du jour et de la nuit, pour un vent qui se met de travers. Elle a reçu la pire des éducations: celle qui fait les gens égoïstes et volontaires, et crée ou développe la névrose. Mme K... a les accidents hystéri-

formes d'une impératrice d'Orient contrariée, et les chairs molles et épaisses des beautés de Harem. Effondrement général. Quelques varices courent sur ses cuisses, comme les veines bleues sur le petit lait. Plus de périnée. Un cloaque d'où s'échappent les matières liquides ; à vrai dire le maître N... qui m'a laissé cet héritage n'est pas seul coupable. (Lisez à ce sujet les observations XIX et XXXIII.)

Accouchement le 12 Décembre. R. T.: 25 Février ; D. P.: 29 Novembre ; D. E. : 16 Décembre : Insuffisance des contractions comme la première fois. Cœur fœtal lent. Dilatation complète. Forceps indiqué, suivant les auteurs. O. I. G. T. ; mais la tête est amorcée seulement, quoique la poche soit rompue. J'opère. Branche gauche la première. La tête fuit, et pas d'aide capable de la fixer, ni de tenir la cuiller si j'arrive à la mettre en place. La version serait préférable; mais... s'affranchir de l'École !... Cela ne se fait pas sans hésitations, tant les préjugés scolaires sont tenaces. L'enfant souffre, je me défie de la version bien que les voies soient largement faites. La tête s'amorçant de nouveau, je place ma cuiller, aspirée par ce gouffre béant, aussi en arrière que possible, à plat. Le manche s'abaisse, dans ce cloaque, comme dans la vulve d'un mannequin. Même introduction facile de la cuiller droite, mais en articulant je vois le forceps tourner et se mettre en position oblique, et l'écartement des manches prouve que la tête n'a pas tourné avec les cuillers. Extraction rapide, en diagonale, d'une fille de 4.807 grammes, saisie diagonalement elle-même. Cinq minutes plus tard, décollement du placenta. Poids : 870 grammes. Délivrance complète ; hémorragie très abondante. Injections chaudes. Syncope. Céphalalgie. Accidents hystériformes. Ivresse peut-être. Mme K... a bu un demi-verre d'eau-de-vie d'un trait. Une demi-bouteille a été ainsi absorbée à mon insu. Je pars deux heures après la délivrance. L'hémorragie reprend. La garde donne un gramme d'ergot.

Pendant quatre semaines la température du matin s'est fré-

quemment élevée à 37°6 ou 8, celle du soir à 38° et même 39°. Au début, à cause du seigle, je n'en suis pas surpris ; il y eut de l'odeur, un peu de céphalalgie, de petits frissons insignifiants. Diagnostic : septicémie. Injections intra-utérines désinfectantes. Introduction de la sonde difficile. Utérus rétracté. Les premiers lavages amènent des produits horriblement fétides, presque fécaux, à ce point que je me demande si malgré les soins extrêmes de propreté, des matières n'ont pas passé du vagin dans l'utérus. Ma médiocre intervention n'a pas augmenté la déchirure. Le rectum s'ouvrait et s'ouvre dans le vagin à une profondeur de quatre centimètres.

La température qui avait baissé après les injections, mais non d'une manière démonstrative et constante, se relève. Je finis par les abandonner. Elles deviennent de plus en plus difficiles, et le liquide, même quand la sonde pénètre bien, revient clair comme l'eau de roche. Ce n'est pas cette raison qui me les fait abandonner, car j'ai déjà vu le liquide revenir clair, et le thermomètre démontrer l'utilité et l'efficacité de l'injection et l'exactitude du diagnostic septicémie. Je les abandonne parce que l'insuffisance des garde-robes pourrait être en cause. J'apprends en effet que Mme K..., gourmande, se purge à l'ordinaire, comme les Romains se faisaient vomir, pour manger davantage, et que ces purgatifs expulsent d'invraisemblables réserves. Depuis la couche, il y a régularité apparente des garde-robes, mais de quantité insignifiante et de qualité constipée. Je purge donc Mme K... Une débâcle précédée de coprolithes suit le purgatif. Cependant la température ne baisse que le jour même et remonte le lendemain. Teint subictérique. Je renouvelle les purgatifs, et, les organes étant en excellent état, j'ordonne de se lever et de marcher. Dès lors tout va bien. Même chose s'était passée au précédent accouchement.

1890. — Nouvelle grossesse. Dans l'intervalle le chirurgien Y...

a refait le périnée. A refait est un euphémisme. Il faut dire : a fabriqué un petit barrage fibreux contre les matières liquides qui, seules, s'échappaient, et qui d'ailleurs passent encore, quand les gaz ou une colique les poussent. Y... a suturé les quatre centimètres de cloison déchirés. Le rectum ne s'ouvre plus dans le vagin. Y... s'est sagement abstenu sur ma demande de toute esthétique. On avait juré qu'il n'y aurait plus d'enfants ; mais ce sont serments d'ivrogne, et, cette fois, à cause des quatre centimètres suturés, qu'il faut ménager, je me pose la question de l'accouchement provoqué avant terme, Mme K... ayant eu jusqu'ici de très gros enfants, aux limites extrêmes assignées par mon calendrier. Prévenant la famille d'une nouvelle déchirure possible, et pire, à cause des tissus cicatriciels, je conseille l'opération comme raisonnable, et conforme à l'avis de X...

Reste à fixer la date, chose très difficile à cause d'une incertitude spéciale sur le point de départ de la gestation. En effet quoique les dernières règles soient de Février, Mme K... prétend avoir eu des signes de grossesse en Janvier, et avoir senti remuer depuis la fin d'Avril. Je préfère me fier à mon calendrier, et demande si les règles de Février ont été normales. Elles l'ont été. Alors : R. T. : 12 Février ; D. P. : 13 Novembre ; D. E. : 1er Décembre. Pour qu'on ne m'accuse pas d'avoir manqué le coche, je fixe la première quinzaine d'octobre. L'enfant aura au moins 7 mois et 8 jours révolus.

Le mardi 7 Octobre, toutes précautions antiseptiques étant prises, j'entreprends l'opération, précédée et accompagnée d'examens attentifs. La tête est moyennement engagée ; l'orifice interne large comme la pulpe de l'index ; les membranes tendues, adhérentes. Je les décolle avec le doigt qui se charge de mucosités sanguinolentes. Je rejette le gros ballon de Champetier dont l'introduction, si elle avait été possible, eût déplacé la région fœtale, et par suite exposé le fœtus. Je rejette également le petit ballon Tarnier, parce qu'il est souvent inefficace et que de par les autres accouchements, l'utérus sera réfractaire aux

contractions. J'aurai recours à la sonde pour cette raison spéciale, car je ne l'apprécie guère.

Je glisse donc une bougie de 12 à 15 millimètres, effilée à l'extrémité. Cette tentative échoue. Sans décoller les membranes très adhérentes, la sonde se replie dans le col et le vagin. J'en fais pénétrer une seconde, arrondie à l'extrémité. Elle cesse vite de progresser. Je la fixe au dehors par un bandage en T, le reploiement intra-vaginal étant douloureux, et je laisse Mme K... au lit.

Cinq à six heures plus tard, je constate que l'utérus ne se révolte pas contre le corps étranger. Quelques légères douleurs, survenues au moment de l'introduction ou après elle, ont disparu. Je retire la sonde. Elle est chargée d'épaisses mucosités sur une longueur de 14 à 15 centimètres. L'orifice interne est largement ouvert, les membranes flasques. Un ballon Champetier, selon toute apparence, eût pénétré sans peine ; mais pour ne pas déplacer le fœtus, j'introduis et place haut le ballon excitateur de Tarnier. Il a sur la sonde l'avantage inappréciable de l'asepsie, non seulement parce qu'il permet les lavages, mais aussi parce que le tissu ne s'altère pas. J'avais en effet regardé, d'un œil mécontent, la sonde retirée. Déjà fendillée par un séjour de vingt-quatre heures dans la solution phéniquée à 5 0/0, elle s'était effritée en divers endroits et le vernis noir écaillé laissait à nu les couches profondes du tissu de fabrication. A l'avenir, j'emploierai les bougies de caoutchouc munies d'un jonc flexible ou d'une baleine en guise de mandrin.

A 10 heures du soir, le ballon Tarnier est expulsé sans avoir provoqué la moindre douleur, à travers un col qui s'amincit et s'étire pour le laisser passer, puis se reforme en restant dilatable. Je laisse ma cliente en repos pour la nuit.

Le lendemain, sur le conseil de X..., *deus ex machinâ* qui se tient dans la coulisse, et m'affermit ou me contredit dans mes résolutions, j'essaie d'un nouveau dilatateur.

X... me donne cet avis, comme une expérience à faire. Nul n'est encore familiarisé avec cet instrument. Pour ma part, je ne

l'ai même pas vu. On le cherche à l'hôpital. Je l'examine et me rend compte du mécanisme. *A priori*, cet outil ne m'enthousiasme pas. Je le considère même bouche bée. L'idée en paraît enfantine. Figurez-vous un ordinaire dilatateur mécanique à trois branches ; une machine à élargir les doigts de gants, très longue et très lourde. Si l'articulation ingénieuse ne démontrait pas, à première vue, le savoir clinique de l'inventeur, on croirait l'instrument conçu par un homme qui ignore comment l'utérus s'ouvre.

Or l'inventeur s'appelle Tarnier. Cela donne à réfléchir. Fût-ce d'ailleurs Pierre ou Paul on ne doit pas juger *a priori*. Mettons donc cette machine à l'épreuve. Si elle n'est bonne qu'à tirailler et non à dilater (1), ce tiraillement facilitera en tous cas le travail des bons et seuls ouvriers de l'effacement et de la dilatation (contraction, poche des eaux, coin fœtal). Ce sera un utile agent ocytocique..., à moins que l'utérus de Mme K... ne soit fantastiquement rebelle à toute excitation.

La première introduction de l'écarteur eut lieu vers 10 heures du matin. Aucune difficulté, les orifices étaient béants, les membranes largement décollées, les tissus souples. Les trois branches de l'instrument furent modérément serrées aux manches avec un ruban, à défaut d'anneaux en caoutchouc dont on se servira à l'avenir pour rapprocher les manches. J'avais pensé d'abord que la troisième branche (celle qui glisse dans une longue mortaise) devait être en arrière ; mais cela n'a pas d'importance. Le fonctionnement se fait également bien, cette branche étant en avant. Elle descend alors au lieu de remonter, et ce sont les deux autres branches qui remontent. Cette mortaise a été logiquement imaginée, pour remédier à l'éloignement de la lèvre postérieure du col plus élevée que l'antérieure. *Hic jacet ingenium.*

Les manches de l'instrument gênent. Comme ils pendent entre

1. Tarnier a nommé lui-même l'instrument : écarteur et non dilatateur.

les cuisses, il faut installer la femme sur un matelas plié en double (lit demisère) ou sur un fauteuil, fesses au bord du siège.

Sous l'influence de l'écartement, les douleurs et les contractions commencèrent de suite, et s'établirent avec une régularité qui me fit espérer le succès. Au bout d'une heure je serrai de nouveau le ruban qui s'était relâché, preuve que le col s'élargissait. Une heure plus tard les contractions déjà ralenties avaient disparu, et par le toucher je constatai avec dépit l'ascension au détroit supérieur, de la tête dont la descente est indispensable pour maintenir effacement et dilatation. Cette tête ballottait. De plus l'une des branches s'était échappée de l'utérus, parce qu'en resserrant le ruban de fil j'avais fait deux tours sur le manche de la branche à mortaise. Il est indispensable, comme je l'ai dit, que le jeu de cette mortaise soit libre pour que l'écarteur reste en position quand la lèvre postérieure du col remonte.

Retiré à deux heures, l'instrument fut remis en place vers quatre heures. La tête était réengagée. C'est alors que j'imaginai de changer la position de l'opérée et de l'asseoir dans un fauteuil, au lieu de la coucher sur un matelas plié en double. J'espérais que la pesanteur solliciterait la descente du fœtus et maintiendrait l'engagement indispensable.

Le travail recommença. Les contractions se succédèrent avec régularité jusqu'à six heures puis se ralentirent. A ce moment la tête était remontée et flottait dans l'aire du D. S. où elle restait amorcée. Évidemment l'action du dilatateur devenait nulle. Il élargissait, il étirait le segment inférieur. Il fallait, pour achever la dilatation, que l'œuf ou la région fœtale s'engageassent dans les orifices. En conséquence, je résolus de rompre les membranes. La tête étant amorcée, il y avait toute chance en opérant convenablement, d'éviter les procidences. Cependant je fis exposer la situation à X... et lui demandai son avis. En attendant la réponse, l'instrument inutile fut retiré, et je conseillai à Mme K... de marcher. La région fœtale descendit et appuya

mollement sur ce segment inférieur à demi paralysé, que le doigt tiraillait aussi facilement qu'une blague à tabac. Les contractions s'évanouirent. Tout travail avait disparu, lorsqu'arriva la réponse de X..., qui approuvait la rupture des membranes. J'essayai, mais les membranes décollées fuyaient avec la tête sous la pression du doigt. Malgré l'abondance du liquide amniotique aucune poche ne se formait et il en faut une d'au moins 3 millimètres d'épaisseur pour que ma pince perce-membranes (obs. LXVI) puisse agir. L'opération, qui aurait été facile avant toute intervention, deux jours auparavant, et probablement possible à six heures, lorsque les douleurs se manifestaient encore, ne put être faite. On remit au lendemain la dernière tentative. L'écarteur mis en place avant de tenter la rupture ne réussit même pas à réveiller les contractions. J'abandonnai la partie pour revenir une autre fois à la charge.

Dans les derniers jours d'Octobre, à l'époque correspondante à celle où, comme beaucoup de femmes grosses, Mme K... éprouve périodiquement des malaises, je tente de nouveau la provocation du travail. J'introduis aisément, à travers un orifice relativement dilatable, dans un segment inférieur dont les membranes sont séparées par le décollement fait à la précédente opération, trois ballons Tarnier. Ces trois ballons se présentent simultanément, quelques heures plus tard, à l'orifice largement entr'ouvert. L'un d'eux éclate, les deux autres tendent à s'échapper. Je les extrais et j'abandonne définitivement le projet, n'ayant réussi dans cette dernière tentative qu'à déterminer quelques contractions indolores. Le cas n'étant pas urgent, je renonce à la rupture des membranes, dont les effets immédiats ne sont point certains. J'ai vu, malgré elle, le travail se faire attendre durant trois semaines.

Il débute le 20 Novembre, sept jours après la D. P. par de petites contractions insignifiantes, qui cessent pour se renouveler le 21. On dirait que l'utérus cherche à s'entraîner, et en effet, le 22, l'allure est franche. Vers 11 heures du soir, la dila-

tation est complète. Contractions énergiques, contrairement à ce que j'attendais, et à ce que j'avais vu aux précédentes couches. La tête descend en O. I. G.A. sous l'influence de fortes douleurs et de puissants efforts. Elle arrive au fond du petit bassin, appuie sur la paroi recto-vaginale, commence à se défléchir, expulse quelques coprolithes, et tend le bourrelet fibreux qui tient lieu de périnée. C'est le moment critique.

Mme K... est installée sur plusieurs draps pliés comme ils sont dans l'armoire et mis en double, de façon que le siège soit élevé. Je l'engage à pousser ferme; puis à ouvrir la bouche largement dès que je l'engagerai à cesser les poussées. Mme K... se plaint à chaque effort d'une douleur très vive, intérieure, rectale. La tête se défléchit progressivement. Le bourrelet périnéal se distend, médiocrement il est vrai, mais se distend à droite, tandis qu'à gauche existe une bride fibreuse reconnaissable à son apparence nacrée qui se roidit et se tend mais ne se distend pas. C'est de cette bride que je me méfie, et de la douleur rectale.

Le bregma paraît à la commissure postérieure. La tête se fixe, et ma main s'applique avec énergie sur la calotte cranienne en même temps que j'ordonne à Mme K... d'ouvrir largement la bouche.

Je réussis à dégager lentement et sans autre accroc qu'une petite fissure, la tête fœtale. J'ai craint que cette fissure ne se fût agrandie au moment où les épaules avaient passé, le siège ayant traversé le détroit avec cette soudaineté, cette brusquerie, qui accompagne d'ordinaire et révèle la rupture partielle ou totale du périnée. Une fille du poids de 3.600 était née. Elle fut enveloppée de linges chauds et on s'occupa de suite de la mère, pour conjurer ou arrêter l'hémorragie coutumière. On ne put l'empêcher; mais elle s'arrêta vite, grâce à l'éveil des contractions utérines, qui avaient fait défaut aux deux derniers accouchements. C'est la première fois que Mme K... accouche spontanément.

Une heure plus tard je fais un examen approfondi. Déchirure latérale gauche réunissant l'anus au vagin mais peu profonde.

La cloison subsiste. Était-ce le succès? Il me restait un doute. La cloison recto-vaginale n'était-elle pas rompue plus haut, à l'endroit dont Mme K... se plaignait si vivement ? Je mis donc un doigt dans le rectum et l'index de l'autre main dans le vagin, et je constatai que ces deux doigts étaient séparés par une toile d'araignée, dans une étendue considérable. Il me sembla même qu'ils se touchaient. Je n'osai poursuivre un examen qui n'était pas urgent et qui pouvait nuire.

L'état du rectum me détermina à ne pas suturer la fissure périnéale extérieure, car s'il y avait une perforation — et elle me semblait bien probable — il fallait pour réparer le périnée une main chirurgicale exercée à ces sortes d'opérations. J'appelai O... Son avis fut de s'abstenir de toute opération, car dit-il, « s'il « y a perforation du rectum il faut attendre pour mieux opérer ; « s'il n'y a pas perforation et si nous mettons des points de « suture dans la fissure, les matières fécales qu'on ne laissera pas « sortir pour donner à la réunion le temps de se faire, risquent « de crever un rectum dont la paroi antérieure est tellement mince « qu'on se demande si elle existe. » En conséquence nous nous sommes abstenus, et j'ai ordonné des laxatifs pour avoir des matières liquides ou molles. Elles furent expulsées en énorme quantité et la garde affirma qu'elles étaient sorties seulement par l'anus.

Le 23 à 6 heures du soir, la température est de 37°2. Le 24 à 10 heures du matin : 37°1 ; à 6 heures du soir : 37°2. Le 25 à 11 heures du matin : 37°4 ; à 5 heures du soir : 38°2 ; à 6 h. 30 : 38°5 ; à 10 h. 30 : 38°3.

Le 26 à 9 heures du matin : 37°6. Pouls rapide ; il y a de la céphalalgie. La veille Mme K... s'est plainte d'une très vive douleur au flanc et dans la fosse iliaque gauches. Appétit nul. Une température de 37°6 le matin n'est pas normale, à mon avis.

La montée du lait s'est faite la veille et Mme K... se plaint encore des seins, fort modérément gonflés. Je ne puis mettre l'élévation de température sur le compte de la montée du lait.

Il est possible qu'elle ait une influence, mais secondaire. Je connais trop Mme K... pour ne pas attribuer à l'intestin cet état fébrile. On se rappelle qu'aux dernières couches, j'ai observé pendant trois semaines une petite fièvre que des injections intra-utérines ne firent pas tomber. De deux jours l'un il y avait état fébrile : 38° : subfébrile l'autre jour, à condition qu'il y eût une évacuation. Aussi quoique la dernière purgation (10 gr. Huile de ricin) eût amené une quantité étonnante de matières, j'ordonne un second laxatif, en affirmant qu'il en restait autant qu'il en était sorti. De plus je mets Mme K... au naphtol β.

Le 27 j'ai la satisfaction de constater que la température se maintient du matin au soir à 37°3. Une quantité extraordinaire de matières est expulsée.

Le 28 au matin : 37°2, pouls normal, disparition de toute douleur. Sensation de bien-être.

Le 8 Décembre, examen : la fissure extérieure est réparée ; mais à deux ou trois centimètres au-dessus du bourrelet ano-vulvaire qui représente le périnée, existe une fente vagino-rectale de deux centimètres de longueur. Les bords ont sans doute une disposition valvulaire, car les gaz seuls et les matières très liquides passent par cette fistule. La cloison a une épaisseur de cinq millimètres environ et quand je songe à la toile d'araignée sentie après l'expulsion du fœtus, à l'amincissement constaté pendant la grossesse à deux ou trois centimètres au-dessus du bourrelet ano-vulvaire, et au résultat obstétrical de l'opération suivant laquelle ce périnée a été refait, je me trouve décidément autorisé aux conclusions suivantes : l'opération amincit la cloison à l'endroit qui subit la plus forte distension pendant l'accouchement ; la rupture a lieu quand la cloison s'étire, avant l'expulsion de la tête ; l'accoucheur ne peut rien contre cette rupture ; il a beau empêcher le dégagement brusque des bosses coronales, le mal est déjà fait.

OBSERVATION XLII

Mort et macération du fœtus. — Diagnostic. — Présentation de l'épaule. — Évolution spontanée. — Syphilis héréditaire à échéance lointaine. — Obscurités du diagnostic. — Conduite à tenir dans les cas certains ou simplement suspects.

1886. — Ce 3 Novembre, P..., mon confrère, m'a fait chercher pour une de ses clientes, menacée d'accouchement prématuré. R. T. : 12 Mars; D. P. : 14 Décembre; D. E. : 31 Décembre.

Mme W... espérait qu'on enrayerait le travail. Je m'en suis gardé. Rien qu'en posant la main sur le ventre, le soupçon de la mort du fœtus naissait dans l'esprit. L'examen le changea rapidement en certitude. Utérus peu volumineux pour une grossesse qui date de sept mois au moins. Contenu mollasse, de forme vague, où l'on ne peut distinguer les diverses régions fœtales. Voilà pour le palper. L'interrogatoire y ajoute ses données précises. Diminution rapide du ventre depuis dix jours. Mouvements propres au fœtus disparus et remplacés par la sensation d'une masse qui tombe à droite ou à gauche, quand Mme W... au lit, se tourne d'un côté ou de l'autre. Enfin l'auscultation est muette. Quant au toucher il n'apprend rien sinon que le bassin est vide.

Diagnostic : fœtus mort ; macération assez avancée puisque les régions fœtales sont tout à fait indistinctes.

Accouchement, dans la soirée du même jour. Présentation de l'épaule. Évolution spontanée. Je note le fait, non parce qu'il est extraordinaire, mais parce que le fœtus, très macéré cependant, ne sortit pas plié en deux comme le disent quelques accoucheurs. Le *conduplicato corpore* me semble impossible, quel que soit le ramollissement du corps fœtal, dès que ce corps dépasse le volume des « mouches à miel » dont accouchèrent plusieurs dames de Mauriceau.

L'épaule droite se montra d'abord sous la symphyse, puis le

bras, puis la face latérale de la cage thoracique avec son gril costal; alors le flanc tendu, bandé comme un arc, et la hanche, se déroulèrent sur le périnée bombé, et le tout, faisant ressort, s'échappa brusquement et sauta sur le lit par l'expulsion subite du siège. Le placenta suivit, petit et sans caduque.

Suites normales. Expulsion lente de la caduque. Syphilis niée.

55
3

1887. — Seconde grossesse. R. T. : 10 Avril. D.P. : 9 Janvier. D. E. : 28 Janvier 1888. P..., mon confrère, n'a pas jugé à propos d'ordonner un traitement. Vers le 10 ou 15 Octobre, je suis appelé par Mme W... qui ne sent plus remuer. J'annonce la mort du fœtus.

Accouchement le 3 Novembre. Fœtus mort et macéré. Présentation de l'épaule. Évolution spontanée. Suites normales.

D'accord avec P.., j'interviens en vue des grossesses futures. J'ai dit que le mari avait nié la syphilis. Il était sincère. Là-dessus, P... avait renoncé au traitement.

La répétition de la mort du germe, sa macération, les idées qui germent sur l'hérédo-syphilis, et un fait dont j'ai été et reste quasi-témoin, m'ont donné à réfléchir. Voici ce fait : En 1877 naquit, dans la clientèle de Y..., de deux époux de race croisée, sans consanguinité, robustes, issus, le mari surtout, de vigoureux parents, particulièrement aptes à donner de beaux rejetons, un enfant frappé d'un vice de conformation suspecte. Il avait deux sœurs et un frère paraissant jouir tous trois d'une bonne santé. Examiné par une ou deux des autorités les plus en vue à l'époque, il fut déclaré manifestement syphilitique.

Quelle explication donner de la bizarre et brusque apparition de la vérole dans une famille saine en apparence ? La plus banale était celle d'une contagion postérieure à la naissance de l'avant-dernier rejeton. C'est peut-être l'explication à laquelle s'arrêtèrent *in petto* les autorités. Le père niait, il est vrai, toute syphilis ancienne ou récente ; mais la sincérité est suspecte en

pareil cas, quand on ne sait pas exactement à qui on a affaire, La seconde interprétation consistait à admettre une syphilis de la jeunesse, inaperçue. Si bizarre que cela paraisse, ce n'est pas invraisemblable. D'abord certaines véroles — et ce sont les plus graves — évoluent sans accidents, ou presque sans accidents secondaires. Quant au chancre initial il y a des gens qui s'observent si peu ou qui oublient si vite !

Pressé de fouiller dans sa mémoire, le père y retrouvait un confus souvenir de mal de gorge traité par des pilules. Vague indice qui suffisait pourtant. Restait à expliquer l'apparente santé des aînés du petit malade ; mais n'admet-on pas — parce qu'on ne le suit pas assez longtemps — qu'un syphilitique non traité peut avoir un rejeton indemne au cours d'une série d'enfants mal venus ?

Or, voici ce qui s'est passé depuis : le père est mort en 18.. d'une paralysie générale, avérée deux ans auparavant, et dont quelques indices (céphalalgie, lassitude) se révélèrent à la naissance de l'enfant mal conformé.

De plus, j'ai appris que l'une des sœurs de cet enfant, troisième née, était venue au monde avant terme. Actuellement, leur santé paraît bonne à tous trois ; mais il faut attendre l'avenir. Pour ne pas présenter des signes manifestes de syphilis, les enfants de vérolés peuvent avoir des tares dont quelques-unes sont déjà classées sous le nom d'hérédo-syphilis tardive, et outre ces tares spéciales, qui sait s'ils ne sont pas prédisposés à diverses dégénérescences ?

Revenons à Mme W... et à son mari. Celui-ci examiné par P... mon confrère, des pieds à la tête, fut trouvé en possession d'une affection cutanée remontant à l'enfance et siégeant au voisinage des malléoles de la jambe gauche. Consulté au sujet de ce rosier vivace, R..., spécialiste, y mit l'étiquette suivante : « Lichen de forme rare, mon avis est qu'il ne s'agit pas d'une syphilide. »

Mme W.... interrogée avec discrétion, sur ses propres antécédents, sur ceux de sa famille, sembla hors de soupçon ; mais, de

même que je signale le lichen du mari, je dois dire que c'est une femme assez débile.

Malgré toutes ces recherches négatives, P..., sur mes instances, s'est décidé à instituer la cure spécifique suivante : séparation des conjoints pendant trois mois. Traitement du mari pendant la séparation. Réunion. Traitement de la femme aux premiers signes de grossesse. Cette manière de faire me semble formellement indiquée en pareil cas. Le traitement est-il nuisible? En aucune façon. Alors pourquoi ne pas l'entreprendre? Pour ménager les susceptibilités et prévenir les soupçons, j'ai dit au mari qu'on pouvait avoir eu la vérole sans le savoir, qu'on en héritait même, de ses parents ou aïeux, et j'ai dit à la femme que la mort de ses enfants étant certainement causée par une maladie du germe, il convenait de le fortifier; qu'on ne pouvait savoir lesquels, des germes de son mari ou des siens, spermatozoïdes ou ovules, étaient malades ; qu'en conséquence nous soignerions son mari d'abord, elle ensuite.

1889. — Madame W... enceinte, — R. T. : 2 Octobre 1888; D. P. :3 Juillet 1889; D. E. : 22 Juillet, — est accouchée spontanément, hier 6 Juillet, d'une fille dépassant 4.000 grammes.

1890. — La florissante santé de cette fille, venue magnifique, continue. Je note le fait parce qu'on voit des hérédo-syphilitiques, avérés ceux-là, naître avec un poids dépassant la moyenne, et prendre l'aspect vieillot, malgré les meilleures nourrices.

1907. — J'ai vu Mme W... revenue de l'étranger. Sa fille a 17 ans et une belle santé.

Des clients de mon ami et confrère Y... voilà ce qui est advenu : L'une des filles a le nez éboulé, l'autre a été soignée

pour de la tuberculose. Elle est mère de quatre enfants. Le fils, de petite stature, atteint de surdité, de calvitie précoce, et vieux avant l'âge, s'est marié. Union jusqu'à présent stérile.

Le traitement de la famille W... a consisté en sirop de biiodure ioduré (sirop : 300 gr. ; biiodure de HG : 0 gr. 10 ; iodure de K 10 gr.) à la dose d'une cuillerée à entremets par jour, avec repos de dix jours entre chaque flacon de 300 grammes et légères variantes dans la dose suivant la tolérance. (Voyez l'ob. LXXXIII.)

OBSERVATION XLIII

Forceps mal appliqué défléchissant la tête. — Version et forceps. — Version facile, forceps difficile sans aides. — Évolutions singulières du fœtus au cours de la version.

1887. — Madame D..., multipare, n'est pas ma cliente. X..., maître ès art du palper, l'examinant la veille de l'accouchement, en consultation, a conseillé la surveillance et m'a écrit « qu'il n'avait pu trouver la tête ».

Je suis appelé dans la nuit, en plein travail. Palper impossible. Hydramnios, liée probablement à un gros fœtus. La dilatation est grande comme cinq francs, la poche intacte et rien d'engagé. Dans cette poche une grosse tumeur. Tête ? Siège ? Un quart d'heure plus tard petit membre à côté de la grosse tumeur. Pied ? Main ? Si j'avais la pratique de Mme V... l'aide sage-femme de la clinique, mon diagnostic serait fait. Je l'ai vue distinguer nettement à travers les membranes un pied d'une main. Nous nous exerçons plus au palper qu'au toucher.

Ici le diagnostic n'a pas d'importance capitale. On verra tout à l'heure.

Je me garde de rompre les membranes. Je me décide à attendre la dilatation aussi complète que possible, puis à pénétrer dans l'utérus et à saisir un ou deux pieds.

Vingt minutes après, la grosse tumeur qui proéminait au détroit supérieur, a glissé dans une fosse iliaque. On ne sent plus que le petit membre. Dilatation complète. Je mets Mme D... dans la situation obstétricale. J'introduis la main; je romps la poche. Écoulement d'un flot vert. Je rencontre de suite un pied, je le saisis et j'extrais, en moins de temps que je ne mets à l'écrire, un bel enfant. Suites normales.

La conduite que j'ai tenue est, je crois, la seule qui convienne en pareille circonstance ; région amorcée, dilatation complète, multiparité : version, surtout quand on est seul ou mal aidé.

1891. — Cinquième grossesse. Elle a été normale. Ventre en besace. O. I. G. T.

Accouchement le 18 Avril. R. T. : 16 Juillet 1890 ; D. P. : 16 Avril 1891. D. E. : 5 Mai. J'avais recommandé à Mme D... de faire prévenir la garde avant moi ; mais elle est convaincue, comme bien des gens, que cette recommandation du médecin n'est faite que pour lui éviter d'être dérangé trop tôt. A mon arrivée, je trouve Mme D... couchée dans un lit non préparé. Elle n'est pas lavée, elle n'a pas eu d'injection, ses mains, ses pieds, sont malpropres ; l'eau bouillie manque, les bassins ne sont pas nettoyés, le linge est dans l'armoire. Je n'ai sous la main que les antiseptiques ordonnés par moi dès le début de la grossesse. Mme D... souffre depuis deux heures du matin. Petites douleurs. La poche des eaux fait saillie à la vulve; l'orifice très dilatable est grand comme la paume d'une petite main. Ayant constaté que le sommet proémine dans l'excavation, je romps les membranes. Du liquide vert s'écoule. Après la rupture, je constate, à ma grande surprise, que les membranes très extensibles et élastiques, très résistantes aussi, puisque j'ai dû avoir recours à ma pince (obs. LXVI), se rétractent sur la tête, où le doigt les soulève et étire. Leur ouverture est à l'emporte-pièce, et égale une pièce de deux francs. J'ausculte, ou plutôt j'essaie d'ausculter ; car

l'antéversion de ce ventre est telle, qu'il faut, à la fois, relever d'une main toute la besace, maintenir de l'autre le stéthoscope dont l'aplomb en pareil cas est souvent difficile à trouver, et écouter au milieu du roulement tapageur des voitures. En tous cas le fœtus paraît souffrir, et il est pénible, irritant, de penser que cet enfant est exposé, faute d'exactitude à suivre mes ordres. Je me calme en pensant que nos confrères de quartier et surtout de campagne sont souvent en semblable embarras et s'en tirent. J'improvise le lit, je nettoie les ustensiles, je fais provision d'eau bouillie, je nettoie vulve et vagin, et je savonne et flambe mon forceps car l'application de cet instrument me semble indiquée. En effet, il est urgent d'intervenir.

La dilatation n'étant pas complète et la dilatabilité impossible à apprécier avec certitude, la vie déjà exposée de l'enfant serait plus compromise par la version que par le forceps. Cependant les conditions ne sont pas bien favorables au forceps. L'utérus est antéversé, et le défaut de concordance de l'axe fœtal et utéro-pelvien s'oppose à l'utilisation des forces contractiles. Le fœtus est ployé latéralement ; son tronc occupe la besace qui retombe sur les cuisses maternelles ; sa tête amorcée dans l'excavation n'appuie pas sur les bords de l'orifice que je décortique aisément même pendant les contractions les plus énergiques.

Je mets Mme D... en travers du lit. Mon forceps étant en réparation j'en avais emprunté un à la maison Collin. Désagréable fut ma surprise : on m'avait envoyé le petit modèle du forceps Tarnier. C'était une nouvelle difficulté ajoutée à toutes celles que je prévoyais. Pour peu que la tête reculât, la longueur de mon instrument devenait insuffisante, et, faute d'aides, elle devait reculer. J'essayai cependant.

Introduction et mise en place, sans difficultés, de la branche postérieure : sur la joue gauche, le long de l'oreille, que mes doigts ne quittèrent pas. Introduction et placement de l'autre branche beaucoup plus difficile. Je la guidai jusqu'au delà des bords de l'orifice avec la main mais je ne pus la suivre du bout

de l'index pendant le mouvement de spire. La tête semblait se déplacer. Je procédai très doucement ; l'encoche vint se placer devant le pivot et j'articulai dans le vagin, l'instrument étant court. Par le toucher je sentis nettement la sphère céphalique dans les cuillers ; mais quelle portion et quelle étendue de la sphère céphalique étaient saisies avec un tel forceps ? Je me méfiai. Sans doute j'avais bien introduit et bien placé les cuillers, mais la tête avait reculé après ce premier temps de l'opération ; sans doute aussi, l'écart des manches, et la facilité du second temps (articulation), annonçaient une saisie régulière mais, peut-être, les joues seules ou les joues et le front étaient saisis, et non les régions pariéto-malaires, prise idéale. Je serrai donc peu la vis de pression, et tirai prudemment. Bien m'en prit. Au bout d'un instant il y eut un léger ressaut dans le vagin ; le forceps avait dérâpé. Donc mes appréhensions étaient légitimes. La prise manquait de solidité. L'instrument fut désarticulé, enlevé, et par le toucher je vis que j'avais défléchi la tête ; la face s'offrait au détroit supérieur : M. I. D. T. Quoique vexé des difficultés que j'avais fait naître, mais dont je n'étais pas entièrement responsable, si la préoccupation de l'enfant n'avait pas dominé en moi tout autre sentiment, je n'aurais pas été fâché de ces fautes instructives. J'aime les luttes d'adresse. J'apprenais une fois de plus combien sont différentes les opérations pratiquées à l'hôpital et les opérations pratiquées en ville ou à la campagne, quand on est seul ou mal secondé. Restait à prendre un parti. Forceps ou version? Je me décidai pour celle-ci, car sans aide il n'y avait pas de chance d'aboutir avec le forceps, et les minutes comptaient. Réduire et remettre en bonne flexion une tête légèrement défléchie était chose aisée dans ce bassin où la main manœuvrait maintenant fermée, mais pourquoi s'arrêter au milieu du chemin? J'introduisis donc la main gauche, je mis le doigt dans la bouche du fœtus et constatai avec satisfaction que les arcades dentaires le serraient ; le fœtus était donc vivant. Je retirai le doigt, je saisis le front à

pleine main, je fléchis la tête, et l'abandonnant aussitôt, je glissai vers les pieds d'un gros fœtus bien pelotonné. Je rencontrai, chemin faisant, le cordon; il ne battait nullement. Je saisis vivement et solidement une jambe que j'amenai dans le vagin. C'était le pied postérieur, le mauvais pied par conséquent, le pied dont le gros orteil regarde en haut. La fesse antérieure buterait contre l'arc antérieur du détroit supérieur. Il fallait faire pivoter ce fœtus pour transformer le pied postérieur en pied antérieur, le mauvais pied en bon pied. Notez que le tronc doit changer lui-même de position, pour ces mutations, admirablement mais théoriquement étudiées par Farabeuf et Varnier, sur le cadavre de la femme et de l'enfant. La nature vivante diffère du cadavre. Le fœtus est contenu dans un organe à parois lubréfiées, où il s'adapte, glisse, et pivote comme un piston tourne et glisse dans un corps de pompe bien graissé. On est souvent surpris, dans les présentations du siège, de voir pendant l'extraction s'opérer spontanément des mutations de position complètes. J'en cite dans l'observation LVIII un exemple des plus invraisemblables, très vrai cependant. Il faut que l'accoucheur sache que dans une version, même s'il a saisi le bon pied, une mutation inattendue pourra le transformer en pied postérieur. Si selon toute prévision, le dos doit sortir à gauche, il peut, contre toute prévision, sortir à droite. On s'en tire aisément. Il n'y a qu'à suivre le mouvement. L'important est de ne pas violenter la nature, de l'interroger, de voir ce qu'elle veut faire, de l'aider si elle fait bien et de ne la contrecarrer que si décidément elle fait mal. Maintenant suivez attentivement l'évolution de ce fœtus dont j'avais saisi le mauvais pied.

J'empoigne la cuisse gauche, à pleine main, près de la vulve, et je tâtonne, essayant de la faire tourner, soit à droite, soit à gauche. Elle tourne presque spontanément à droite de la femme, à ma gauche par conséquent; je suis ce mouvement, et le tronc sort parallèlement à la cuisse gauche. J'introduis la main tout entière dans la concavité sacrée, je saisis et abaisse le bras pos-

térieur, c'est-à-dire le droit dont l'acromion touchait la symphyse sacro-iliaque gauche ; puis je cherche le bras antérieur dont l'acromion touchait l'éminence iléo-pectinée droite ; mais à ce moment cette épaule pivotant en arrière se met dans la concavité sacrée et le dos suit, tournant à droite ; j'abaisse là ce bras, puis cherchant et trouvant la bouche au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche, j'extrais la tête par la manœuvre de Mauriceau. Le menton touchait la symphyse sacro-iliaque gauche, l'épaule gauche la symphyse sacro-iliaque droite, et le dos regardait à droite, comme primitivement il aurait fait, si l'extraction avait été commencée et terminée avec le pied droit, bon pied. Comprenez-vous ce casse-tête chinois ? Non ? Alors prenez une poupée et reproduisez ces diverses évolutions.

L'enfant était une grosse fille de quatre kilos que je ranimai sans difficultés ; je note qu'à la sortie du cordon, j'avais constaté encore la cessation de tout battement, et cependant l'enfant avait saisi mon index entre ses arcades maxillaires. Les becs des cuillers de mon forceps avaient mis leur signature sur les joues, embrassant dans leur œillet le maxillaire inférieur.

OBSERVATION XLIV

Stérilité. — Pronostic erroné d'incurabilité. — Traitement. — Trois grossesses, la dernière ectopique. — Hématocèle. — Aménorrhée consécutive. — Succès de l'électrothérapie pour le rappel des règles. — Accidents graves causés par les adhérences. — Laparotomie. — Remarques sur la stérilité et sur les anomalies de consistance, de volume ou de situation de l'utérus par insuffisance fonctionnelle des corps jaunes. — Problèmes de physiologie. — Deux grossesses extra-utérines rompues.

1887. — Au commencement de l'année, le professeur Gosselin m'a prié d'achever un traitement de dilatation du col utérin,

entrepris dans le but de faciliter la grossesse, par Gallard, mort récemment.

Mme B... est réglée tous les six septénaires. Écoulement peu abondant. Gallard a dilaté les orifices avec des sondes, pendant plusieurs semaines. Après un certain nombre de séances, une sonde en gomme de la grosseur d'un porte-plume moyen, pénétrait. J'examine Mme B... En la touchant, je suis d'abord frappé de la petitesse et surtout de la consistance spéciale du museau de tanche. Il est mou, non de cette mollesse spéciale aux femmes enceintes ou aux femmes réglées, mais flasque. Je me demande si cet utérus est suffisamment développé. J'explore sa cavité avec une bougie, et j'y pénètre sans résistance des orifices. Je trouve une profondeur de 4 centimètres. C'est trop pour le col seul et pas assez pour le corps et le col. J'en conclus : 1° que ma sonde a bien pénétré dans la cavité du corps; 2° que l'utérus n'est pas normal.

J'annonce la chose à Mme B... et comme je suis obligé de faire des réserves sur la possibilité d'une grossesse, je demande que mon examen soit contrôlé par l'accoucheur X... Son diagnostic est : utérus pubescent ou infantile. Cependant l'aspect du col n'est pas celui de l'infantilité. X... se fonde sur le mémoire de Puech, pour affirmer à M. B... et à sa femme qu'ils n'auront pas d'enfants.

La logique, une naturelle défiance des jugements absolus et la désolation de Mme B... me déterminent à atténuer le verdict de X... S'il y a stérilité dans de tels cas, me disais-je, elle ne peut provenir du défaut de capacité utérine ; mais d'un trouble de fonction des annexes, coïncidant avec la petitesse de l'utérus. Pas de menstruation, pas de ponte, pas de fécondation. Cet utérus, dit infantile, malgré son col minuscule, trop petit sans aucun doute en totalité, trop flasque aussi, n'est disqualifié que par l'impotence ovarienne, et cette impotence n'est pas absolue chez Mme B... trop rarement et insuffisamment réglée, mais réglée. C'est la fonction qui fait l'organe. Ici elle est incom-

plète, et par ce motif l'utérus est anormal ; mais puisque la fonction existe, il y a chance de fécondation. Voilà ce que je me dis et répète au mari en ajoutant : « l'orifice est plus que suffisant. Maintenant c'est à vous de travailler. »

Au mois d'Avril les règles de Mme B... ne paraissent pas, et elle souffre. Je recommande la prudence ; mais convaincue qu'elle ne peut devenir enceinte, Mme B... ne tient pas compte de mon avis. Quelques jours après elle expulse un petit œuf rompu. Donc, la fécondation est possible. Attendons l'avenir.

1887-1888.— Grossesse. R. T. : 18 Octobre 1887; D. P. : 19 Juin let ; D. E. : 7 Août 1888. Le 7 Août, accouchement spontané d'un gros garçon. Utérus modifié dans la suite, corps et col ; aspect normal de la multiparité.

1889-1890. — Le 25 Octobre 1889, je suis appelé dans la nuit auprès de Mme B... qui éprouve de très violentes douleurs. Depuis Septembre, elle se croyait enceinte. La suppression des règles autorisait, et la prudence commandait cette hypothèse. L'utérus était un peu gros, le col ramolli; d'autre part il semblait à Mme B... qu'elle éprouvait des symptômes de grossesse ; mais avec tous les « me semble » du monde on ne fait pas un diagnostic. J'avais dit qu'il fallait se conduire comme si la grossesse existait, sans y compter, pour éviter le déboire. Cette manière de faire me semble la plus sage. Mme B... prenait de grandes précautions, et malgré ces précautions, avait déjà éprouvé des douleurs localisées dans la fosse iliaque droite.

Donc, dans la nuit du 25 Octobre, les douleurs, toujours localisées, prirent l'intensité des douleurs d'un accouchement. Elles avaient disparu à mon arrivée. Elles reparurent à deux intervalles, pendant quelques jours, suivies de légères hémorragies, durant lesquelles elles disparaissaient ou s'atténuaient.

Le 1er Novembre Mme B... expulsait un très petit débris membraneux, sans caractère défini. Douleurs et pertes s'amendèrent peu à peu et j'en étais au même point. Avortement ? Grossesse en évolution ? Normale ? Ectopique ?

Le toucher et le palper combinés, me faisaient constater un utérus légèrement incliné à gauche et qui restait un peu gros. J'en étais donc encore aux « me semble». Pas de diagnostic.

Vers le 23 Novembre, je permis à Mme B... de se lever. Les pertes et les douleurs avaient complètement disparu depuis plusieurs jours. Il fut convenu qu'on serait prudent à l'extrême, et que la vie ordinaire ne reprendrait qu'après le retour des règles.

Dans les premiers jours de Décembre, perte de sang dont l'allure fut celle de la menstruation normale, et peu après sa disparition Mme B... fit une course en voiture. Après cette course, qui dura une heure à peine, et pendant la course même, Mme B... éprouva dans la fosse iliaque droite la douleur déjà ressentie le mois précédent et qui lui faisait éviter la voiture. Elle se mit au lit et ne tarda pas à perdre du sang en quantité assez considérable, sang fluide et caillots, puis une légère fièvre s'alluma.

La température fut anormale pendant dix-sept jours environ. Elle se maintint entre 37°6, le matin, et 38°5, le soir, pendant six jours; entre 37° et 37°4 durant trois jours; au-dessous de 37° durant trois autres jours; remonta à 37°5 le matin, 38°3 ou 6 le soir, les deux jours suivants ; retomba un jour à 37° et le matin suivant à 36°5 pour remonter à 38°4 le soir. A partir de ce moment la courbe s'abaissa régulièrement et la normale — 36°5 à 37° — atteinte, fut conservée.

L'examen pratiqué le 10 Décembre, au début de l'état fébrile, me permit de constater que l'utérus était fortement incliné à gauche, peu mobile, gros comme le poing. Cul-de-sac gauche libre. Le cul-de-sac droit, tendu, bombait dans la cavité vaginale et était animé de battements isochrones au pouls.

Diagnostic : hématocèle. A l'examen, pratiqué avec modération succéda pourtant, une perte de sang fluide et caillé, ce qui

n'est pas rare. L'hémorragie varia peu dans les jours qui suivirent. Les douleurs toujours localisées à droite étaient plus fortes quand l'écoulement cessait.

Deux jours plus tard la tumeur sanguine avait le volume d'un œuf de poule qu'elle conserva. Le 15, le cul-de-sac postérieur parut envahi et un certain empâtement de l'abdomen faisait croire à un épanchement considérable, gros comme une tête de fœtus; mais la consistance spéciale de la tumeur qui proéminait dans le cul-de-sac postérieur, m'inspira des doutes. Quoiqu'une garde-robe abondante, au dire de Mme B..., eût été expulsée le matin, j'ordonnai deux grands lavements dans la journée. Le lendemain, la tumeur avait repris les dimensions d'un œuf de poule. Le cul-de-sac postérieur était libre ; l'empâtement abdominal avait disparu. Tout cela s'en était allé dans le bassin, sous forme d'une grande garde-robe. X... appelé en consultation conseilla les badigeonnages de collodion, le repos au lit, et la liberté du ventre. La cause de cette hématocèle n'était guère discutable : grossesse ectopique rompue. Quant au pronostic, il restait inconnu.

La tumeur n'augmenta pas, et, dans les derniers jours de Décembre, diminua. Les battements persistaient. La perte avait cessé depuis le 18 Décembre. Douleurs rares et obtuses.

Le 7 Janvier, les battements avaient disparu; cul-de-sac droit libre, un peu plus résistant que le gauche, mais l'utérus est toujours incliné de ce côté.

Il fut convenu que Mme B... attendrait dans son lit le retour des règles qui eut lieu au commencement de Février. La marche en fut normale.

Au milieu de Février, Mme B... s'est levée avec toutes les précautions imaginables. A la fin du mois, elle avait repris graduellement ses occupations dans sa maison. Elle a, dit-elle, senti, à deux reprises, son côté; douleurs tellement vagues qu'elle n'y prêterait pas attention, si je ne lui avais recommandé de s'étudier de près, lui représentant qu'il fallait laisser aux organes le

temps de se remettre et que la terminaison heureuse d'une telle tumeur était une vraie bonne fortune.

1890-1891. — Règles en Mars, Avril, Mai et Juin. En Mai reprise des courses en voiture, sans inconvénient. En Juillet, pas de menstruation. Elle reparaît en Août. D'Août à Janvier 1891 deux époques seulement et insignifiantes, en Octobre et en Décembre. Dès Novembre, Mme B... prend l'aspect d'une femme enceinte, la taille s'élargit, les épaules remontent; mais deux examens me permettent de nier la grossesse. En Janvier l'utérus est petit, incliné à gauche, dans la situation où l'hématocèle l'avait laissé. La tournure gravidique, qui a valu à Mme B... les compliments de ses proches, est le fait de l'aménorrhée.

Les règles ne revenant pas, je me préoccupe de cet état anormal qui expose une jeune femme à la stérilité et à l'adiposité. J'écris à Apostoli pour savoir s'il peut, sans danger, ramener le flux menstruel chez une aménorrhéique. La réponse est un oui catégorique, auquel le désintéressement et la probité de l'homme donnent de la valeur.

La première séance a lieu le 19 Mars. Elle a pour but d'éprouver la sensibilité de Mme B... à la méthode. Certaines femmes ont de vives réactions qu'Apostoli considère comme contre-indication nette. Il applique le pôle positif dans l'utérus, le négatif sur le ventre mais seulement pour cette première séance. L'ordre des pôles sera interverti, si on persévère, et le négatif sera intra-utérin.

La réaction est nulle et se borne à un peu d'agitation dans la nuit. On continue donc. Apostoli demande quatre ou cinq séances pour juger le succès ou l'échec.

Un peu de sang, très peu, quelques filets, deux jours après la première application, par conséquent le 21 Mars.

Le 24, seconde séance. Pôle négatif intra-utérin. Positif sur le ventre par intermédiaire d'un gâteau de terre glaise. Apostoli

arrive graduellement à 50 milliampères. Il diminue dès que Mme B... éprouve une sensation de chaleur interne. Celle-ci doit rester externe, au pôle positif, sous le gâteau. Durée de la séance : cinq minutes. Le curseur est ramené lentement à 0. La terre glaise enlevée, la peau paraît moins rouge qu'elle n'était après la première séance. Donc, le pôle négatif est plus congestionnant que le positif. Repos au lit pendant deux heures. Résultat nul.

Je demande si les séances ne pourraient être plus fréquentes. Apostoli n'y voit pas d'inconvénient. Les 27, 28, 29 Mars : 55 milliampères pendant cinq minutes. Résultat nul.

Le 8 Avril, légère apparition du sang. Le 9, séance ; la perte augmente.

Le 10, séance ; perte abondante sans excès. Quelques caillots. Suspension du traitement. La perte se prolonge pendant vingt-quatre heures. A la suite de cette menstruation abondante, la taille s'amincit, les épaules s'abaissent, le ventre diminue, la tournure gravidique disparaît.

Il est convenu qu'on électrisera à l'époque des prochaines règles, c'est-à-dire le 6 Mai.

Séances les 6, 7 et 8. Résultat nul. Apparition du sang le 14.

Séance le 15. La menstruation s'établit. Le 16, perte assez abondante pour qu'on s'abstienne d'électriser. Arrêt le lendemain.

Deux séances les 17 et 18. Résultat nul.

En Juin, la première séance devait avoir lieu le 11. Elle a lieu le 13, et est répétée le 14, 15, 16, sans effet. Le 19, petit filet de sang. Séance le jour même. Je porte le courant à 75 milliampères jusqu'à sensibilité de l'utérus. Résultat nul. Le 21, apparition des règles qui se décident dans la nuit. Séance le 22. Menstruation abondante. Cinq à six serviettes pliées en double traversées. Arrêt des règles dans la journée du 24.

Le 5 Juillet réapparition du sang. Petite hémorragie avec caillots le 9. La perte continuant, on l'arrête le 14 avec les injections chaudes.

1899. — Les règles ont continué plus ou moins irrégulières. et, même alors, le ventre reste gros.

Dans les premiers mois de 1899, Mme B... est prise le matin plusieurs jours de suite, de violentes coliques que dissipent une ou plusieurs garde-robes. Brusquement surviennent des accidents d'obstruction menaçant la vie.

On ouvre le ventre sans trouver l'explication des phénomènes d'obstruction. On le ferme. Les chirurgiens convaincus qu'ils ont insuffisamment cherché, enlèvent les points de suture, explorent de nouveau et trouvent une anse intestinale, engagée sous un pont d'anciennes adhérences. Guérison, à la suite de laquelle les règles prennent une régularité mensuelle qu'elles n'avaient jamais eue. La santé est bonne, sauf des ballonnements fréquents du ventre et des pesanteurs.

1906. — La lecture de ces notes prises entre 1887 et 1891, antérieures par conséquent aux recherches gynécologiques déterminées par mes études kinésiques, m'a vivement intéressé. J'y trouve relatés des faits, obscurs à l'époque où je les consignais dans mes cahiers, et qui sont devenus clairs.

La consistance spéciale et le volume insuffisant du col et du corps utérins ont été retrouvés par moi dans plusieurs cas de pauvreté ou de suppression menstruelle. Ce n'est pas le gros col et le petit corps des utérus infantiles. L'ensemble de l'organe est mou comme un chiffon, à peu près de la consistance du gland en dehors des érections. Il tend à s'atrophier par insuffisance fonctionnelle des corps jaunes.

Frænkel a démontré expérimentalement l'influence de ces glandes sur la nutrition utérine : « lorsque je cautérisais, dit-il, « les corps jaunes des lapines, les ovaires, à l'autopsie, qua- « torze jours plus tard, se sont trouvés absolument sains; mais « dans l'immense majorité des cas, l'utérus était dans le même « état qu'après la castration, état de dégénérescence graisseuse

« et atrophie..... L'organe, d'ordinaire arrondi, rouge, turges-
« cent, d'un diamètre approximatif de 6 à 9 millimètres, était
« ratatiné en un ruban mou, aplati, jaune d'une hauteur moyenne
« de 4 à 5 millimètres et d'une largeur de 2 à 3 millimètres. »

On a vu que l'accoucheur X... avait considéré Mme B... comme irrémédiablement stérile. Gardons-nous surtout sur pareille question, — car notre ignorance est presque radicale, — de ces verdicts absolus que l'autorité laisse tomber du haut de son infaillibilité. Ils nuisent autant aux médecins qu'aux femmes. On se gausse d'eux, quand le démenti est flagrant. J'ai accouché cinq fois, une cliente à laquelle Tarnier avait mis la mort dans l'âme, en affirmant qu'elle n'aurait jamais d'enfant.

J'ai dilaté l'orifice utérin de Mme B... pour faciliter la fertilisation. La dilatation des orifices est assez souvent suivie de fécondation. On aurait tort de ne pas pratiquer cette inoffensive opération, fondée sur ce fait que les multipares (orifices plus larges) sont plus aisément engrossées que les nullipares; mais je suis persuadé que l'élargissement des orifices n'a pas seulement un effet mécanique, et qu'il agit d'abord par l'excitation fonctionnelle ovarienne réflexe. J'ai vu la stérilité disparaître après un choc opératoire, après une entéro-colite violente, après un voyage sur mer en pleine tempête, après une ascension de montagne, après quelques rares massages. Ne pas oublier dans la recherche obscure des causes de la stérilité, qu'elle peut être le fait du mari aussi bien que de la femme, La stérilité masculine radicale est d'un diagnostic plus aisé que la féminine. Pas toujours cependant car je l'ai vue disparaître après dix-huit ans de mariage chez un paralytique général pendant la période d'excitation.

Le traitement d'Apostoli, pour le rappel des règles, a été très efficace, plus efficace, plus rapide surtout que ne l'est en pareil cas le traitement kinésique; mais il n'a pas son innocuité. Aussi, aujourd'hui, je donne préférence pour le rappel du flux, à la gymnastique congestionnante et à la trépidation intra-rectale.

A noter qu'à chaque époque provoquée par l'électricité, le sang a coulé une semaine après la première excitation. Ce laps d'un septénaire est précisément celui qui sépare le phénomène physiologique dit deuxième molimen ou molimen des règles, de l'apparition des menstrues.

L'étranglement intestinal qui a failli emporter Mme B... était dû à des adhérences formées à la suite de l'hématocèle. Voilà pourquoi je ne traite plus de telles malades par l'expectation, mais par le massage et la gymnastique. On évite ainsi les adhérences théoriquement protectrices et en réalité néfastes.

En Octobre 1903, j'ai été appelé pour des accidents semblables à ceux de Mme B... auprès d'une jeune femme qui m'avait consulté quelques mois auparavant et chez laquelle j'avais constaté la rétro-déviation d'un petit utérus.

Cette jeune femme, insuffisamment réglée depuis longtemps et aménorrhéique depuis deux mois environ, était prise périodiquement, de violentes douleurs, parfois accompagnées de syncopes. Ces périodes, que j'appellerai époques critiques, ne correspondent pas au moment où les règles devraient paraître, mais à ce que j'ai nommé les deux molimens. Difficiles à fixer avec exactitude chez une aménorrhéique, elles surviennent à intervalles à peu près égaux.

La dernière crise s'était compliquée de l'écoulement d'un peu de sang et de l'expulsion d'une partie de la muqueuse utérine. Pas de fièvre.

Par le toucher et le palper-massage délicatement pratiqués, on sentait l'utérus rétrodévié, gros, séparé par un sillon d'une tumeur gauche, dont le volume paraissait être celui d'une tête de fœtus à terme.

C'est le tableau classique de la grossesse extra-utérine. J'hésitais cependant, parce que la malade, nullipare, et dont les règles s'étaient graduellement réduites jusqu'à l'insignifiance avant la suppression, avait eu, plusieurs mois auparavant, des crises douloureuses avec exacerbations périodiques.

Il s'agissait donc peut-être du réveil d'un ancien foyer oophor-salpingien ; mais la prudence conseillait de poser à ce sujet un simple point d'interrogation, et de s'en tenir à l'idée de grossesse extra-utérine, car l'opération était la seule chance de salut si le kyste évoluait.

Voici quel fut mon plan : traiter de suite la malade par la kinésithérapie, de façon à avoir une quinzaine de séances avant la prochaine époque critique. A cette époque, si la malade avait une crise de douleurs caractéristiques, à plus forte raison, si la tumeur avait grossi, la faire opérer. Si, au contraire, la crise ne se manifestait pas, si la tumeur ne grossissait pas, surtout si elle diminuait, le traitement pouvait être mené jusqu'au bout avec sécurité ; le diagnostic était fait ; il ne s'agissait que d'une grossesse extra-utérine rompue.

La malade entra dans la période critique au bout de douze jours et la franchit sans crise. Au point de vue général, il y avait un léger relèvement des forces. Au point de vue local, la tumeur avait toujours le même volume, la même consistance, mais elle s'était modifiée ; on y délimitait la trompe, grosse et boursouflée, couchée sur l'aine droite, non contractile.

A ce moment, malgré l'amélioration visible de la malade qui se levait et faisait, sur ma recommandation, quelques pas dans son appartement, la famille alarmée de ce que je ne guérissais pas d'un coup de baguette, demanda l'avis de P... qui déclara qu'il y avait là un sac plein de caillots qu'on devait ouvrir.

L'opération, répondis-je, ne sera peut-être pas aussi simple. Il y a en avant, contre le ligament de Fallope, une trompe malade. On ne sait quel est l'état de l'ovaire ni même où il est. La tumeur n'est peut-être pas une poche, toute molle qu'elle soit encore. Vous pouvez être conduit même à une hystérectomie. Notre confrère Barth considère la malade comme neurasthénique et les suites éloignées de la castration sont des plus graves en pareil cas. Puisque la malade est déjà un peu mieux, n'est-il pas sage de réserver la question de l'opération et de voir ce que

la kinésithérapie pourrait donner encore au double point de vue du diagnostic et du traitement ?

Tout l'entourage de la malade était pour P... contre moi. Il y eut même une sorte de cénacle de confrères cherchant à peser sur la décision de cette malheureuse, en faveur de l'opération. L'un d'eux, plus réservé, me semble avoir résumé d'un mot ce que fut ce conciliabule au point de vue du sens critique : « Nous condamnons Stapfer, sans connaître sa méthode. » La malade décida que, puisqu'elle se sentait mieux, elle continuerait le traitement qui l'avait améliorée.

Deux jours après la consultation, la trompe se contractait et tendait à reprendre sa forme et son volume. Elle se séparait de la tumeur contiguë qui, elle aussi, diminuait d'un bon tiers et durcissait. Une semaine après cette consultation, la malade que P... avait condamnée à ne pas bouger sous peine de péritonite mortelle, venait chez moi chaque jour, à pied, le ventre souple, en pleine résolution. Nous étions en Décembre. Au milieu de Janvier, le bassin était libéré. De la tumeur grosse comme la tête d'un fœtus à terme, il restait un tout petit ovaire que fixaient à l'isthme utérin des adhérences très anciennes à en juger par leur solidité. C'est alors que X..., collègue de P..., qui avait fait partie du conciliabule de médecins dont j'ai parlé plus haut, écrivit avec une parfaite bonne foi : « Il faut avouer que Stapfer avait raison. »

Trois mois après le traitement, la malade revenant de Suisse avait gagné 7 kgr. 500.

1907. — J'ai suivi cette malade depuis 1904. Sans aucun traitement elle a été toujours s'améliorant. L'utérus s'est redressé spontanément et les adhérences de l'ovaire que je croyais anciennes ont disparu ; mais il n'y a pas eu grossesse. Tendance actuelle à l'aménorrhée (1).

1. C'est cette malade qui a été l'un des sujets de ma « lettre à Pozzi » : *Ce qui manque à l'enseignement de la gynécologie.* (Épuisé.)

OBSERVATION XLV

Application de forceps. — Absolutisme, théories, préjugés scolaires et généralisations hâtives des meilleurs praticiens. — Saisie irrégulière. — Tractions sur le cou pour dégager les épaules. — Craquement. — Mort de l'enfant.

1887. — Depuis que Tarnier a vanté dans ses cours la méthode qui consiste à placer les cuillers du forceps de façon que la concavité des bords soit tournée vers l'occiput, méthode préconisée par Loviot, j'essaie de temps à autre ce procédé, imaginé pour les positions postérieures et destiné à éviter le grand mouvement de rotation et la sortie du forceps sens dessus dessous, qu'entraîne l'application classique; mais d'abord pourquoi les mêmes auteurs qui vantent la méthode de Loviot, nous ont-ils jadis enseignés que le grand mouvement de rotation et la sortie sens dessus dessous n'avaient aucun inconvénient, quoi qu'en eût dit Mme Lachapelle qui tournait toujours la concavité des bords vers l'occiput et, de propos délibéré, réduisait en occipito-sacrée, « pour ne pas tordre le cou à l'enfant ». Il est hors de doute que Mme Lachapelle se montrait, en ce cas, théoricienne et non praticienne, car la grande rotation et la sortie sens dessus dessous du forceps n'ont aucun inconvénient, si la saisie est régulière.

Je crois que Tarnier a vanté la méthode de Loviot d'abord parce qu'il espérait rendre plus rares les prises irrégulières, fréquentes dans toute autre position que la directe; mais la méthode de Loviot n'en diminue pas la fréquence. Tarnier vantait encore cette méthode parce qu'elle a pour indispensable préliminaire, la rotation ou l'ébauche de rotation avec l'index placé derrière l'oreille (Tarnier), ou avec la main et au besoin avec une cuiller de forceps placée derrière l'occiput (Loviot). Or, ce n'est, ni toujours facile, ni toujours possible.

Mme Lachapelle a dit (1) : « Avant d'opérer (forceps sur une « droite postérieure), je voulus donner aux élèves une preuve de « l'inutilité des tentatives dirigées vers la rotation de la tête : « j'empoignai cette dernière avec la main droite, les doigts sur « son côté droit, le pouce derrière l'oreille gauche et je cherchai « sans fruit à ramener le front derrière le pubis. » Ainsi Mme Lachapelle démontrait l'impossibilité de manœuvres digitales ou manuelles que Tarnier et Loviot déclarent faciles, et qui le sont en effet en certaines circonstances que la célèbre sage-femme n'a pas rencontrées.

J'ai appliqué le forceps de deux façons : d'après la méthode classique et d'après la méthode Loviot. Pour le moment l'avantage reste à la méthode classique ; mais j'expérimente encore celle de Loviot et une de ces expériences a eu lieu hier.

Mme I..., primipare — R. T. : 8 Mars ; D. P. : 10 Décembre ; D. E. : 27 Décembre, — s'est mariée le 14 Mars et accouche le 30 Décembre. Je note en passant que la conception s'est faite en dehors de la période réputée la plus favorable aux fécondations. Le fait est fréquent. Beaucoup de femmes sont engrossées, selon toute apparence, au milieu de la période intercalaire ou à l'approche d'une menstruation.

Glaires sanguinolentes, le 28. Petites douleurs, le 29. *Tœdious labor;* O. I. D. P. Parois abdominales épaisses. Cœur fœtal assourdi. Pour cette raison, je préviens la famille : j'opérerai dès que la porte sera ouverte. Pas d'aide. Opération lente. Périnée très résistant. Avec la main gauche, j'essaie de ramener l'occiput en avant. Il me semble qu'il obéit. Je compte sur la branche droite introduite la première, à plat, en arrière, vers la S. S. I. D., pour achever la rotation. Les deux cuillers placées et décroisées, ce qui modifie un peu leur position et tend à les ramener sur les côtés du bassin, je tords légèrement les branches, pour mettre pivot et mortaise dans le même plan. La position des cuillers

1. *Pratique des accouchements*, t. I, p. 226 et *alias*.

en est encore un peu modifiée. Tout cela n'est pas de bon augure. Je touche — autant que faire se peut quand le forceps est en place et le périnée résistant — et il me semble que la tête a tourné et que mon application est régulière. S'il y a jamais eu un principe magistral prétendu clinique, mais théorique et faux, c'est celui qui conseille, après introduction du forceps de constater par le toucher que la tête est saisie, seule saisie, bien saisie. » C'est pendant qu'on met en place les cuillers, qu'on s'assure de la bonne prise. Le forceps appliqué, c'est à peine si le bout de l'index peut effleurer une petite portion de la sphère céphalique. Voilà pourquoi il importe : 1° d'introduire la main entière avec ou sans pouce et de bien tâter cuiller et région fœtale dans toute application, sauf la vulvaire ; 2° d'éviter tout ce qui favorise le déplacement de l'instrument ; mais pour cela il faut un aide intelligent, et une femme docile ou chloroformée (Voy. obs. LVII).

L'écart des manches me prouve que la prise n'est pas régulière, quoique le forceps ait conservé à peu près l'obliquité qu'il doit avoir dans la position droite antérieure, position supposée obtenue et en tous cas ébauchée par ma tentative de rotation préalable.

Extraction lente, très lente, à cause de la résistance des parties molles. Le forceps tourne. Les cuillers se placent latéralement. J'espère, ce voyant, que mes appréhensions ne se justifieront pas. Cependant l'écart des manches est resté trop grand. Le forceps a tourné, mais la tête n'a pas tourné dans les cuillers, et si l'instrument sort en position classique, il entraîne une tête saisie diagonalement et qui se dégage de même.

La tête dehors, les épaules ne tournent pas. Contractions nulles. Le fœtus essaie de respirer. Je tire sur le cou sans aucune violence car je me méfie de ces tractions destinées à abaisser l'épaule antérieure. Je perçois et j'entends un craquement. Pareille chose m'est déjà arrivée et le fœtus est mort. Alors, je cesse de tirer. La rotation étant achevée, j'accroche et dégage les épaules.

Extraction d'une belle fille inanimée, blanche. Aucun effort inspiratoire. Battements du cœur: nuls. Linges brûlants inefficaces. J'aspire les mucosités. Deux fois le tube en est bouché. Après trente-cinq minutes d'insufflation le cœur commence à battre. Un quart d'heure plus tard première inspiration. Expulsion abondante d'écume. Le visage se colore. Aucun cri. Quelques plaintes et le râle continu des mucosités. Je place auprès de l'enfant une sage-femme expérimentée. On le tient devant le feu dans de la ouate. Deux heures plus tard: cyanose, menace d'asphyxie ; insufflation par la sage-femme, friction sur les clavicules, mouvement d'élévation des bras. Enfant ranimé ; mais il paraît menacé constamment par l'asphyxie. Je conseille à la sage-femme, d'aspirer les mucosités en cas de cyanose, au lieu d'insuffler. Ce moyen paraît réussir mais les mucosités se reforment à mesure qu'on les enlève. Nouvelle cyanose dans l'après-midi. Application de pointes de feu en ceinture au niveau des attaches du diaphragme. Vive révulsion. L'enfant respire avidement. La ouate le met en transpiration. On l'enveloppe de flanelle. On ne le quitte pas un instant. Les heures se passent en crises asphyxiques de plus en plus rapprochées d'où on le tire par les aspirations de mucosités, les mouvements, les frictions, les révulsifs. Mort dans la nuit.

Pas d'autopsie. Il est bien difficile d'admettre que l'asphyxie se prolonge indéfiniment et prenne quand même le dessus, s'il n'y a pas quelque altération des centres nerveux. Une explication suffisante de la mort est donnée par la lenteur du travail, l'opération sur un fœtus dont la vitalité est amoindrie, et, surtout, la saisie irrégulière. Peut-être la branche antérieure, celle qui tue, a fait son office meurtrier, sans lésion apparente cependant. Peut-être aussi faut-il accuser le craquement léger senti et entendu lors des tractions sur le cou ; j'ai constaté le fait une fois. L'accouchement avait été spontané. Sans doute, des tractions plus fortes que les miennes, sont souvent inoffensives ; mais la strangulation a, par exception, des effets mortels, même instantanés.

1906. — D'autres faits relatés dans ce *Journal* ont confirmé la dernière hypothèse. (Voyez Obs. XLV, XLIX, LIX.)

OBSERVATION XLVI

Phlébite crurale. — Remarques sur les divers traitements.

1887-1888. — Au mois de Septembre, j'ai été appelé par Mme H... en l'absence de son médecin habituel de Paris, le Dr V..., chirurgien des hôpitaux... Mme H... est en province et relève de couches. Elle affirme avoir atteint, sans la moindre fièvre, la troisième semaine. J'en doute, car je commence à connaître la fréquence des états fébriles avant l'éclosion des phlébites crurales dont Mme H... présente tous les symptômes. Je conseille : 1° de garder le lit ; 2° d'envelopper tout le membre, depuis le pied jusqu'aux hanches, de compresses imbriquées, trempées dans une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque ; 3° d'éviter tout mouvement et surtout de s'asseoir. Je juge la gouttière inutile. Le membre œdématié et chargé du poids des compresses humides est assez lourd pour que les malades soient dans l'impossibilité de le remuer. Je préviens Mme H... de l'apparition probable mais non certaine d'une éruption cruro-fémorale acuminée, plus ou moins confluente. Dans ce cas, prompt succès. Si l'éruption manque, succès moins prompt.

L'éruption fut à peu près nulle, cependant l'amélioration ne tarda pas. La guérison paraissait acquise, après vingt et un jours durant lesquels je vis, trois fois, Mme H... Lors de la dernière visite, elle se plaignait d'un léger engourdissement, dans le membre inférieur qui n'avait pas été atteint. Je lui annonçai l'éclosion probable d'une seconde phlébite en ajoutant qu'elle serait, suivant une règle qui n'est pas sans exception, moins prononcée que la première, bien bénigne cependant... J'aurais mieux fait de

prophétiser cela dès le début. On ne m'en aurait pas voulu de la réalisation de ma prophétie. On m'en voulut d'autant plus que la seconde phlébite parut plus grave que la première ; mais non par ma faute ; on va le voir.

Six mois plus tard, je reçois la visite de Mme H..., qui marche avec peine, me présente deux jambes œdématiées, inégalement, et me raconte qu'elle a eu une seconde phlébite du côté où elle se sentait engourdie, qu'elle a fait venir son médecin habituel, qui est, je l'ai dit, V... chirurgien brillant, moins brillant accoucheur et encyclopédiste déterminé. V... ne voulut pas adopter le traitement bien classique cependant, presque suranné, par les compresses de chlorhydrate d'ammoniaque. Il tira, de son sac encyclopédique, de l'onguent napolitain, puis une mixture belladonée et la jambe enflait, enflait toujours. Je crois qu'elle enflerait encore si Mme H... n'avait fait la réflexion suivante : « avec l'autre traitement je guérirais peut-être plus vite. » Aussitôt dit, aussitôt fait... et la jambe se mit à désenfler, désenfler ; mais elle gonfla de nouveau par la station sur pieds. Mme H... me présente donc ses deux jambes ; l'une était légèrement œdématiée, l'autre était énorme, vraie patte d'éléphant. « Laquelle est la mienne ? lui dis-je. — La plus mince. — Alors... vous avez été punie par où vous aviez péché. Quand un traitement réussit on doit s'y tenir, envers et contre toute la Faculté réunie. » Nous avons bien ri tous deux, elle de sa bêtise de femme du monde, et moi des encyclopédistes. Une bande roulée et le massage ont amélioré l'état, mais n'ont pas rendu à Mme H... ses jambes d'autrefois.

1906. — Il faut, au début des phlébites, et même avant leur éclosion, dans la période prodromique, prévenir tout au moins la famille, de la marche typique des accidents, les plus fréquents, c'est-à-dire fémoro-cruraux et pulmonaires, avec les variantes que cette marche comporte. (Voyez observation LXIV.) Le traitement

par les compresses imbibées de solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque est certainement, de toutes les applications médicamenteuses, la meilleure. Cette solution agit même sans révulsion cutanée, par réaction vaso-motrice sans doute à la façon d'un maillot humide et des bains justement réputés de Bagnoles de l'Orne. On doit en prolonger l'usage jusqu'à l'apyrexie. Aujourd'hui j'y ajoute les effleurages quotidiens et les mouvements des doigts de pied, même en pleine période fébrile. (Voyez encore l'observation LXIV.) Inutiles et nuisibles sont les gouttières. Fuyez l'immobilisation radicale ; mais soyez prudents. Le mouvement est un médicament qui demande à être dosé. J'y reviendrai.

OBSERVATION XLVII

Trois applications de forceps sur des occipito-postérieures : une selon les préceptes classiques, deux d'après la méthode Loviot Tarnier, l'une à peu près régulière, les autres irrégulières.

1887. — Hier et ce matin j'ai appliqué deux fois et vu appliquer une fois le forceps sur des occipito-postérieures. Interventions des plus instructives.

La dernière époque de Mmes L... et T... était terminée les 18 et 20 Septembre 1886. Elles devaient donc accoucher au plus tard les 8 et 10 Juillet 1887. Dépassant leur date extrême, l'une et l'autre de cinq jours, elles sont accouchées le 15 Juillet. Chez ces deux primipares la tête a été invariablement trouvée au huitième et au neuvième mois en position postérieure droite. Le défaut de rotation et l'inertie utérine ont décidé mon intervention ; en outre l'enfant de Mme T... souffrait.

Pour Mme L... j'ai pris mon temps, et me suis accordé les bons offices de mon confrère V... et le chloroforme. Mise en place classique des cuillers, c'est-à-dire branche gauche la pre-

mière, grand mouvement de rotation du forceps pendant l'extraction, et sortie sens dessus dessous de l'instrument. Petite torsion des manches pour articuler. Bonne saisie, pas tout à fait régulière cependant, légèrement diagonale. La régularité de la prise (pariéto-malaire), a, dans les applications postérieures, classiques, une plus grande importance que dans les applications suivant le procédé Loviot-Tarnier, à cause du grand mouvement de rotation. Ce grand mouvement échoue, ou n'est pas spontané sous la simple impulsion d'un doigt de l'accoucheur quand la saisie n'est pas correcte. Forcer serait, comme toujours, détestable.

En opérant Mme L... j'avais, ai-je dit, tout le loisir nécessaire, un aide intelligent et une femme chloroformée. En opérant Mme T... il fallait se presser, l'enfant était compromis, la femme indocile et je n'avais pas d'aide. J'ai employé la méthode de Loviot, branche droite la première. Tentative préalable de rotation avec la main. Tête immuable. J'espérais conformément aux opinions de Loviot que la branche délogerait l'occiput. J'opère. La cuiller droite se place aisément sur la symphyse sacro-iliaque correspondante. J'introduis la cuiller gauche, et le mouvement de spire s'exécute sans peine. Le forceps est à peu près dans le diamètre oblique, après décroisement et articulation pour laquelle il faut tordre les manches. Leur écart indique l'irrégularité de la saisie. J'empoigne le tracteur. Le troisième temps commence. Aucune rotation de l'instrument qui reste oblique. Résistance que n'expliquent pas les parties molles, car le périnée est souple. La tête approche de la vulve. Je l'explore. La suture sagittale occupe le diamètre antéro-postérieur mais l'occiput a roulé dans le sacrum comme le préférait Mme Lachapelle qui, de propos délibéré, favorisait la rotation en arrière. J'extrais donc en occipito-sacrée cette tête saisie d'une bosse coronale à la région mastoïdienne du côté opposé. Le forceps se dégage en diagonale, car je n'ose retirer les branches et abandonner à la nature l'expulsion de cet enfant qui souffre. Déchirure de la

fourchette. Fœtus bien vivant mais j'ai constaté ce matin une paralysie faciale que je n'abandonnerai pas à la nature, me souvenant de l'enfant de Mme M... (voyez obs. XXXI) (1).

En sortant de chez Mme T... je me suis arrêté à l'hôpital où, pour mon instruction et mon amusement, Z... opérait sur une droite postérieure, Branche droite la première. Ma curiosité est vivement excitée. L'introduction et le placement des cuillers se font sans peine, Z... pour articuler, tord légèrement les manches. Leur écart est trop considérable pour une saisie régulière. Extraction. Le forceps reste oblique. Prestement Z... enlève les cuillers et préside à l'expulsion spontanée suivant la règle de Mme Lachapelle. Lorsque l'enfant ne souffre pas, cela vaut mieux; on ménage le périnée, que la sortie en diagonale expose..., on ménage aussi sa réputation, en dissimulant à la galerie l'irrégularité de la saisie, à moins que la galerie, animée d'un irrespectueux sens critique, ne s'avise d'examiner la signature du forceps.

OBSERVATION XLVIII

Délivrance artificielle. — Pourquoi, comment, quand, doit-on intervenir?

1887. — Avant-hier 9 Septembre, j'ai été invité à me rendre, sur-le-champ, dans un hôtel des Champs-Élysées auquel manquent seuls les marbres de Venise ou de Gênes pour en faire au point de vue du luxe, un palais ducal. Je suis reçu non par le doge, mais par un roi... du pétrole ou de la canne à sucre. Il m'a fait chercher pour délivrer sa femme accouchée depuis plusieurs heures. Je demande à voir le médecin. Pas de médecin; Mme Van N... est assistée par une sage-femme. Mon étonne-

1. Celui de Mme T. . a guéri par l'électricité.

ment de ne trouver en pareille circonstance, en pareil lieu, chez pareilles gens, et à Paris, ni spécialiste, ni médecin, se peignant dans mes yeux, le maître de céans s'exprime ainsi : « Mme Van N... « est accouchée pour la première fois en 1886. Elle était assistée « par M. le Professeur Dr Z... dont nous nous étions assuré les « services d'avance et qui a tiré dehors l'enfant au moyen du « forceps. Aussitôt après il s'en est allé, laissant la délivrance « aux soins de Mlle O..., garde-sage-femme. M. le Professeur « n'était pas parti depuis plus d'un quart d'heure quand Mme Van « N... fut prise d'une hémorragie formidable. On courut chez « lui. Il n'y était pas. On courut chez d'autres accoucheurs. « On ne les trouva pas davantage. Pendant ce temps Mlle O... « parvint à extraire le délivre et l'hémorragie s'arrêta. M. le « Professeur Dr Z... est arrivé alors et a vivement complimenté « la sage-femme, nous faisant lui-même apprécier un service « dont l'importance était d'ailleurs plus qu'évidente. Mme Van « N... s'étant complètement remise de la couche et des suites de « l'hémorragie, nous avons honoré, comme il lui a plu, la haute « personnalité de M. le Professeur ; mais nous nous sommes abste- « nus de lui rendre visite, et plus tard de lui faire savoir que « Mme Van N... commençait une seconde grossesse. Il nous a sem- « blé en effet suffisant, d'avoir recours aux services de Mlle O..., dont « l'habileté vantée par son maître avait reçu si éclatante confir- « mation. Je me suis cependant informé auprès de mon médecin « de la proximité d'un accoucheur que j'appellerais au besoin, au « secours de la sage-femme. Je vais prévenir Mme Van N... et vous « introduire auprès d'elle. »

Pendant que le roi — du pétrole ou du sucre — s'exprimait ainsi, j'écoutais, amusé par l'histoire, mais surtout impatienté de connaître le cas et de savoir si je tirerais d'affaire Mme Van N...

Trois heures se sont écoulées depuis la naissance. Je m'abstiens de toute observation supposant que l'orifice a été surveillé et reste largement ouvert. Je le trouve fermé, admettant deux doigts. Après vingt-cinq minutes de patience, j'arrive à délivrer

Mme Van N... Voici comment : Soutenant de la main gauche, et abaissant le fond de l'utérus, j'introduis la droite dans le vagin. Je mets dix à douze minutes à franchir l'orifice que je dilate progressivement et doucement avec deux, trois, quatre doigts introduits les uns après les autres puis cinq, formant cône. Le corps utérin était inerte, et le placenta complètement adhérent, mais les adhérences n'étaient pas fibreuses. J'essaie d'abord d'entraîner le placenta en le saisissant tout entier par sa face fœtale ; mais le fond utérin se laisse entraîner à chaque traction. Je passe alors la main entre les membranes et la paroi de l'utérus, et la conduisant en arrière, de droite à gauche, puis en avant, j'opère, sans tiraillement, mais avec peine, le décollement des cotylédons partout adhérents. Ils crient sous les doigts qui rompent leurs attaches. Alors tenant à pleine main leur masse totale, partout disjointe, je l'extrais sans difficulté.

En rentrant chez moi, j'ai feuilleté le carnet de notes prises par moi au cours de M. le Professeur Dr Z... J'en extrais le final d'une leçon sur la délivrance, fragment que j'avais pris *in extenso* tant il me paraissait grave et mémorable :

« Messieurs, à l'exemple de Dubois et de bien d'autres, je « ne redoute qu'une chose dans l'accouchement, c'est la déli- « vrance. Il y a plus d'imprévu et d'imprévu redoutable dans cette « phase de l'expulsion du produit de conception que dans les « autres phases ; et même après la délivrance vous n'êtes pas « encore à l'abri de sa complication la plus commune et la plus « émouvante, l'hémorragie. Autrefois, je disais : restez auprès « de vos clientes une heure après l'expulsion du délivre ; je dis « maintenant : restez deux heures, ce n'est pas trop. Vous êtes « responsables, et si vous avez un malheur dans la clientèle, « il faut qu'en faisant votre examen de conscience — je n'y « manque jamais pour ma part — vous n'ayez pas de reproche « à vous faire. »

Et nunc intelligite juvenes discipuli, erudimini, médecins et accoucheurs !

Le 12 Novembré 1885 on apportait à la clinique de la Faculté une secondipare non délivrée. Accouchée pour la première fois, il y a deux ans, elle n'avait pu être débarrassée du placenta dont les débris furent expulsés graduellement, sans fièvre.

C'est le 10 Novembre qu'était né le second enfant. Ni la sage-femme ni un médecin appelés pour la secourir ne réussirent dans leurs tentatives d'extraction de l'arrière-faix. Après deux jours de lavements émollients, d'injections désinfectantes et d'un traitement par le sulfate de quinine, la malheureuse femme nous était envoyée. L'utérus très sensible, dur comme une pierre, avait son fond à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le col n'était pas reformé ; l'orifice rigide, tendu comme une corde à violon, admettait tout juste le bout de l'index. Pouls : 128, très plein. Température : 39°2 le matin ; 40°6 le soir. Céphalalgie, soif vive, langue saburrale. Tout ce qu'on obtint fut d'abaisser la température au moyen des irrigations soit continues, soit intermittentes. Quels qu'aient été les moyens employés pour ouvrir l'orifice et frayer un passage à la main, ils échouèrent tous, et après douze jours de souffrances parfois atroces, expirait cette femme, que la vieille expérience de Pajot avait condamnée à mort dès son entrée à l'hôpital.

La morale bien connue de ce fait, c'est qu'on ne doit pas laisser la porte se refermer après l'expulsion du fœtus. Tout en sachant que la pendule n'indique pas le moment opportun, n'attendez pas plus d'une heure. Ne forcez jamais les voies. Tant que l'utérus n'est pas tétanisé, les doigts en cône ou le ballon de Champetier sont indiqués. Après tétanisme, l'hystérectomie abdominale est la très grave et ultime ressource.

OBSERVATION XLIX

Tractions sur le cou pour abaisser et dégager l'épaule antérieure. — Mort du nouveau-né.

1887. — Secondipare, Mme E... accouche le 14 Juillet. O. I. D. P. Travail régulier et rapide. Rotation facile et prompte. Expulsion de la tête. Mouvement inspiratoire. La face bleuit. Il importe de dégager le thorax. Les épaules ne tournent pas. Saisissant le cou suivant la règle classique, avec l'index et le médius de chaque main placés en fourche dessus et dessous, et tournant l'occiput vers la cuisse droite de la mère, je tire en bas doucement. Les épaules se placent, l'une devant, l'autre derrière. Au lieu de continuer les tractions sur le cou pour abaisser et dégager sous le pubis l'épaule antérieure, tractions dont je me méfie depuis deux accidents mortels, je vais à la recherche du bras postérieur. Je vois que le poing bute contre la commissure postérieure. Impossible de dégager le bras sans exposer le périnée intact.

Alors je reprends les tractions sur le cou, — fort — plus fort — mais j'ai vu tirer et j'ai tiré moi-même avec bien plus d'énergie. L'épaule antérieure se dégage; le thorax et le bras cause de dystocie suivent. Rapide expulsion du siège. Le fœtus devient rose sans mouvements inspiratoires. Je le frictionne avec un linge très chaud. Il respire. J'attends la cessation des battements du cordon. Je le lie. L'enfant crie avec netteté et vigueur.

Quinze à dix-huit heures plus tard, on m'appelle en toute hâte. On me raconte que, brusquement, l'enfant est devenu bleu, puis a cessé de respirer, et, la cyanose cessant, est devenu blanc. Je le vois, rose alors, mais respirant par saccades. Ce n'est pas l'irrégularité respiratoire commune aux nouveau-nés les mieux portants, chez lesquels cette fonction n'est pas encore éduquée. Je fais donc mes réserves sur la viabilité.

Trois heures après mon départ, l'enfant est mort d'une troisième crise semblable et malgré des soins attentifs. De quoi est mort cet enfant ? D'une malformation, ou d'une lésion due à mes tractions ? Je ne sais, mais voilà le troisième accident de ce genre auquel j'assiste. On peut tirer fort, très fort et sans danger, sur la région cervicale, pour extraire la tête dernière, parce que l'emploi de la méthode de Mauriceau répartit les tractions entre le maxillaire inférieur et la nuque. On peut tirer fort, très fort et sans inconvénient sur la région cervicale pour extraire la tête première, bien que les tractions s'exercent sur le cou seul — d'innombrables faits le prouvent — ; mais est-ce sans danger? Ne voit-on pas des gens assaillis par un malfaiteur, résister même à une violente strangulation, et d'autres mourir sur-le-champ bien que les doigts de l'assaillant n'aient laissé aucune marque. Il est hors de doute que la pression exercée sur une région déterminée du cou cause la mort subite. Donc, il y a des réflexes cervicaux dangereux. Peut-être les tractions ont-elles exceptionnellement la même désastreuse influence.

1906. — J'ai cité dans l'observation XLV un cas analogue, mais dans lequel la main et l'oreille ont perçu un craquement. On trouvera encore un exemple de mort du fœtus après traction dans l'observation LIX.

OBSERVATION L

Comment naissent les épidémies. — Infecto-contagion. — Gravité d'une erreur de diagnostic. — Varioloïdes ultra-discrètes, varioloïdes confluentes et varioles avec suppurations localisées. — Deux mille pustules sur un enfant de quinze jours. — Évolution simultanée des virus vaccinal et varioleux. — Prospérité de l'enfant au cours de la maladie. — Terreau à vaccine et à variole.

1887. — Au mois de Juillet, le 31, j'accouche Mme S... d'un garçon dont le poids atteint tout juste la moyenne.

Le lendemain de l'accouchement, 1er Août, la garde de Mme S... se plaint de malaises qu'elle attribue à un retard de règles. Cette garde avait soigné une autre de mes clientes, bien portante, et s'était rendue directement chez Mme S...

Le 4 et 5 Août, ladite garde est prise de courbature générale avec fièvre très modérée, et continue à vaquer à ses fonctions. En principe, je congédie une sage-femme qui a de la fièvre ; mais les considérations extra-médicales, auxquelles on sacrifie trop souvent, et qui consistent, en cette occurrence, dans l'impossibilité de procurer à la famille S... une personne aussi sûre, aussi dévouée et à des conditions aussi peu onéreuses, font que je consens à la conserver.

Le surlendemain, 7 Août, en arrivant chez Mme S... je trouve la garde guérie de tout malaise. Fièvre disparue. Santé en apparence parfaite ; mais sur le visage : quatre ou cinq boutons rouges acuminés, dont l'un sur le menton. Elle en aurait remarqué à peu près autant sur le reste du corps et de plus trois sur une main et deux sur l'autre, à peine visibles.

Le 8 Août, trois des boutons n'ont plus l'aspect d'acné. Ils se sont élargis et aplatis, les autres restant à l'état de papules. Au menton est une pustule purulente de la dimension d'un grain de

chènevis. Sa régularité d'emporte-pièce me frappe, et de plus elle semble légèrement déprimée au centre. Un soupçon me traverse l'esprit, tôt chassé malheureusement, au lieu de s'accentuer par la présence de cette pustule même unique, et par la marche de la maladie : douleurs de reins, fièvre, apyrexie après l'éruption, etc. La garde a quitté une de mes clientes en parfait état, elle et son entourage, pour venir directement chez Mme S... Elle est sujette à l'acné, comme beaucoup de femmes, quand les règles sont en retard, et elles l'ont été. Une malencontreuse confiance en moi achève de me dérouter. Au cours de mes études, j'ai assidûment fréquenté un service de varioleux pendant quatre mois. Je me figure donc en savoir plus qu'un autre sur l'évolution du virus, et je n'ai jamais vu d'éruption aussi discrète que chez les non-vaccinés atteints de variole grave, mortelle et par conséquent accompagnée des plus alarmants symptômes généraux. Je ne songe pas à ce fait — sur lequel la pratique privée fait ouvrir les yeux, — qu'on ne voit pas tout à l'hôpital, que certaines formes de maladie, notamment les bénignes qui n'obligent pas à s'aliter, ne s'y observent pour ainsi dire jamais. Bref, je m'enferre dans l'erreur, et au lieu de conserver un doute et de retourner chez Mme S... pour examiner l'évolution de la pustule mentonnière, et des autres papules, je ne reviens ni le lendemain, ni le surlendemain, 9 et 10 Août.

Ce jour-là, au soir, on me mande à un hôtel de voyageurs pour une Brésilienne, récemment arrivée de Vienne, Mme X... qui est à terme, et se dispose, malgré quelques douleurs, à partir pour Bordeaux. Des glaires sanguinolentes, seul signe que nous ayons — mais signe certain — de l'imminence du travail, déterminent mon *veto* au départ. L'heure est avancée; je juge la présence d'une garde nécessaire pour m'avertir au besoin. Celle que je veux donner à Mme X..., demeurant loin, sera avisée par dépêche demain matin. En l'attendant, mes autres sages-femmes d'expérience étant occupées par d'autres que par moi, j'ai recours à la complaisance de Mme S... qui consent à prêter sa

garde pour quelques heures. Elle arrive après mon départ, s'installe et passe la nuit.

Le lendemain 11 Août, en l'apercevant, à mon arrivée chez Mme X... son aspect me pétrifie. La pustule mentonnière, croûteuse et en régression, est ombiliquée. Deux autres pustules plus petites, desséchées elles aussi, sont nettement déprimées au centre. Cette éruption est, sans l'ombre d'un doute, une varioloïde, ultra-discrète, mais enfin une varioloïde, infecto-contagieuse. Le mal est fait ; maintenant il faut le réparer et enrayer sa propagation.

Je préviens la sage-femme et la renvoie, puis, pour ne pas perdre un instant, je cherche moi-même du vaccin de génisse. Depuis 1884, je n'emploie que celui-là, et ce n'est pas, comme on l'a prétendu, « une inefficace bouillie de tétine ». C'est un virus qui, actif, donne toujours des pustules vraies chez les non-vaccinés, et souvent des fausses pustules chez les protégés.

Je vaccine l'enfant de Mme O... venu au monde quinze jours auparavant, habitant l'hôtel de voyageurs où se trouvait Mme X... et que la garde avait vu, tenu dans ses bras et embrassé ; deux autres nouveau-nés dont j'avais assisté la mère au cours des événements, l'enfant de Mme S... le plus exposé, peut-être contaminé puisqu'il a été en contact avec l'infectée depuis l'invasion jusqu'à la dessiccation, et aussi, par excès de précaution, l'enfant de Mme N.., accouchée immédiatement avant Mme S... et assistée par la même garde.

Mme X..., alors en plein travail, m'inspire des craintes, quoiqu'elle porte les marques d'une vaccine faite dans l'enfance, et qu'elle ait été deux fois revaccinée sans succès ; mais sauf le cas d'une inoculation récente, pratiquée en toute certitude de pénétration du virus et avortée, sait-on jamais qui est protégé et qui ne l'est pas ? Cependant je ne la comprends pas dans les vaccinations et revaccinations que j'opère. Ai-je tort ? ai-je raison ? Si Mme X... est contaminable, le mal est fait. Le cow-pox ne peut pas arrêter une variole, latente au moment où il pénè-

tre lui-même dans l'économie. Peut-il en modifier le genre ou la marche? Quelle est leur influence réciproque quand ils évoluent ensemble? Quelle est aussi l'influence de la puerpéralité? Toutes questions insolubles pour moi, sinon par des affirmations contestées, telles que l'aggravation des phénomènes vaccinaux et varioleux quand l'invasion est simultanée. Convient-il d'y ajouter créance? Alors j'aurais mieux fait de ne pas vacciner l'enfant de Mme S... Cependant, partisan convaincu de l'innocuité et de l'immense bienfait d'une vaccination proprement pratiquée, je n'ai pas hésité à inoculer cet enfant. Rien ne prouve qu'il soit contaminé, et sûrement il n'est pas protégé. Mme X... au contraire semble protégée par ses vaccinations et revaccinations. Jamais je n'ai observé de variole grave chez les vaccinés, et d'après mes souvenirs, jamais de variole chez les revaccinés. Une chose est certaine: c'est, comme je l'ai dit, que Mme X..., si elle n'est pas protégée, est en incubation aujourd'hui 11 Août; elle a été contaminée selon toute vraisemblance par les mains de la garde qui l'a touchée deux fois dans la nuit du 10 au 11 et porte sur la main droite trois papules non pustuleuses, non croûteuses, dures, acuminées, cornées, modifications causées sans doute par les lavages antiseptiques mercuriels.

Mme X... accouche spontanément le 12 Août, après un travail de soixante heures, d'un garçon moyen auquel on donne une nourrice. J'attends les événements pour vacciner cet enfant qui n'est pas très vigoureux. Sur ces entrefaites je surveille le jeune S... inoculé le 11 Août. D'ordinaire, au cinquième jour de l'inoculation, les pustules vaccinales sont tout juste formées, ou commencent à s'épanouir, quelquefois même pointent à peine, car il y a à cet égard de nombreuses variantes. Or, le 14 Août — troisième jour — celles de l'enfant de Mme S... étaient circulaires, aplaties, ombiliquées, laiteuses. Le cinquième elles étaient très belles et purulentes, le sixième exceptionnellement volumineuses. Je me sentais presque rassuré; mais pour protéger contre la variole, il faut que le vaccin ait achevé son évolution. Or ce

jour même, 16 Août, le jeune S... dont la peau est un peu chaude depuis quelques heures mais sans excès (on n'a pas pris la température) et qui tette bien, se couvre de taches rouges semblables à celles des éruptions vaccinales ; ces taches s'acuminent et pullulent de telle façon qu'avant même la formation des pustules, écloses dans les vingt-quatre heures, le doute n'est pas possible. Virus variolique et virus vaccinal évoluent ensemble avec exubération, le variolique par le nombre et le vaccinal par la taille des pustules. Le diamètre de la plus grande atteint presque celui d'une pièce de 50 centimes. Elles sont molles et d'aspect grisâtre. Quant au virus variolique, il engendre non pas une varioloïde, mais une variole normale. La fièvre secondaire fait apparition ; modérée pourtant. De même, confluence et suppuration restent localisées. Le nombre des vésicules est considérable. J'en compte 1.800, dont 1.600 environ pustuleuses. J'évalue le total à 2.000. Le traitement consiste en badigeonnages du visage avec une solution de biiodure ioduré, dans l'espoir d'éviter les cicatrices. Nous verrons si l'enfant reste marqué... Il tette et... prospère ! Trente-trois grammes de gain quotidien ; telle est la moyenne pendant la maladie. Durant l'évolution des 1.600 pustules, j'apprends par M. S... qu'avant l'éruption de son fils, la cuisinière s'est plainte d'une petite fièvre éphémère et présente quelques boutons. J'examine cette servante. Elle a éprouvé de légers malaises, quelques frissons, et de la courbature ; mais non les douleurs de reins caractéristiques. L'éruption, prodigieusement discrète, a été en tout de sept boutons, dont un seulement s'est changé en pustule. Je constate cette pustule. Desséchée, elle siège à la face et porte l'ombilic pathognomonique. Refus de me montrer les six autres ; mais celle-là suffit. Je regrette de n'avoir pas été prévenu plus tôt. Cette cuisinière a continué son service, s'est promenée chez les fournisseurs, au marché, etc. Tout atténué que soit le virus, cette malade porte de la graine de variole. J'ignore à quel stade la contagion commence ; mais elle existe pendant la période

de dessiccation, j'en ai maintenant la preuve (voyez plus bas). Donc, cette servante étant dangereuse, je la fais consigner dans sa cuisine, où elle maugrée contre les médecins « qui font des histoires pour rien ».

Ce « rien » — qui m'empêche de dormir — nous a déjà valu une variole confluente qui évolue, par chance, avec grande bénignité. Il nous vaut encore autre chose. Je viens de dire que la période de dessiccation est particulièrement contagieuse, parce que Mme X... en contact avec la garde infectée, dans la nuit du 10 au 11, accouchée le 12, indemne de tout accident puerpéral, de toute fébricité, ou subfébricité jusqu'au (1)..... se sent mal à l'aise ce jour-là, et la fièvre s'allume accompagnée de céphalalgie et douleurs de reins. J'étais assez édifié sur les événements auxquels j'avais assisté et assistais dans la famille S..., pour poser d'emblée le diagnostic, dès les premiers prodromes et pour attendre avec anxiété la marche de la maladie. J'annonce l'éruption, je vaccine l'enfant, et revaccine dans l'hôtel toutes les personnes exposées.

La fièvre diminue et tombe. Éruption abondante ; confluente aux seuls poignets, qu'une bonne femme enveloppa, je ne sais pourquoi, pendant l'invasion, de compresses imbibées d'eau sédative qui produisit sur la peau une légère révulsion.

L'éruption sortie, il importait de diriger la malade sur une maison de santé. Un règlement de police interdit aux hôtels de conserver les malades atteints d'affections contagieuses, sous peine d'une évacuation générale.

Voici comme j'ai procédé : le 27 Août (2), je réquisitionnai à 3 heures une voiture spéciale, laquelle, suivant le bulletin sta-

1. 19 ou 20 août probablement. J'ai laissé la date en blanc dans mes notes, pour la contrôler exactement, et j'ai négligé de remplir ce blanc. Oubli fâcheux, car je serais ainsi exactement renseigné sur la durée de l'incubation.

2. C'est sur cette date exacte que je me suis basé pour fixer à peu près celle de l'invasion.

tistique de la ville, doit se trouver à l'endroit demandé, trois quarts d'heure après réquisition. A 6 heures cette voiture n'avait pas encore quitté le dépôt. La maison de santé où je conduisais Mme X... fermait ses portes à 7 heures et il fallait quarante-cinq minutes pour s'y rendre. Force fut donc d'emmener Mme X... dans un fiacre ordinaire... Mais l'hygiène publique! Pour la sauvegarder, j'ai enveloppé Mme X... dans des draps tirés de l'armoire, comme une morte dans son linceul. J'ai ficelé ce paquet, sauf à la tête où le drap était largement flottant, je l'ai coulé en bas par la cage de l'ascenseur, je l'ai assis dans le fiacre, et fouette cocher !

Mme X..., guérie promptement de cette varioloïde normale, sortait de l'hôpital le 10 Septembre, vingt-neuf jours après l'accouchement et retrouvait son enfant et sa famille en bonne santé.

J'avais passé par de rudes angoisses, et quinze jours après la guérison de mes malades, j'ouvrais encore avec préoccupation le bulletin statistique de la ville, pour savoir si la variole sévissait dans le quartier des Bassins habité par la famille S... Enfin, je pus dire... ce qu'on a dit à la mort de Napoléon... ouf !

La veille du jour où Mme X... quitta la maison de santé, elle m'accueillit par ces mots : « Je sais maintenant où j'ai pris la petite vérole ! » Ne sachant quelle contenance faire, j'aurais voulu rentrer sous terre; heureusement elle ajouta: « Je l'ai attrapée, à Vienne à la fin de Juillet ou dans les deux premiers jours d'Août. Le Dr N..., votre confrère dans cette maison, me l'a dit, et c'est bien certain, car il s'est occupé, tout spécialement, de ces questions-là. » Moi aussi, je croyais connaître — tout spécialement — la variole !

1891. — J'ai pu constater, à ma consultation, un fait extraordinaire que je consigne à la suite de cette observation. Une dame portant les marques d'une varioloïde récente m'a demandé si

elle devait se faire vacciner. Je me suis exclamé disant qu'il aurais fallu y penser avant la variole et non après. Elle m'a répondu que cette varioloïde était la seconde de sa vie, et que la vaccination avait réussi deux ou trois fois. J'aurai voulu faire un nouvel essai ; mais devant mon exclamation elle a refusé de se soumettre à une inoculation que j'avais jugée d'emblée inutile. Si cette inconnue ne s'est pas trompée dans ses appréciations on peut en conclure qu'elle est un véritable terreau à variole et à vaccine, comme je l'inscris en tête de l'observation.

1907. — Cette observation pose plus d'un problème intéressant. Elle contredit certains faits connus et en confirme d'autres. L'évolution de la variole et celle de la vaccine ont été fort approfondies, mais ce n'est pas dans les livres de compilation contemporains que se trouvent les documents. Il en est qui ne citent même pas les monographies originelles. Aujourd'hui les élèves font les livres, les maîtres les signent, le laboratoire prend le pas sur la clinique et la science de concours sur l'expérience individuelle. Ayez recours aux vieux ouvrages, même aux traités, du temps où l'observation personnelle et la maturité du jugement de l'auteur tenait la première place. C'est Rillet et Barthez qui ont fait sur l'opportunité de la vaccination des nouveau-nés exposés à la variole, les réserves, dont le souvenir imprécis m'est revenu, quand j'ai inoculé le jeune S... Ils ont été assez malmenés pour cette opinion, née non d'une doctrine, mais de l'observation, et, pour cette raison, propre à faire réfléchir. Elle mériterait d'être revisée, tant la question a d'importance. J'ai agi, sans le savoir, conformément à la règle de Rillet et Barthez qui est celle-ci : enfant contaminable et bien portant, vaccine ; enfant contaminable et chétif, abstention. Ai-je exposé le jeune S... ? L'ai-je protégé? Je ne sais. Il a aujourd'hui près de 20 ans. Les cicatrices du visage sont visibles quand il se congestionne.

OBSERVATION LI

Tentative d'application de forceps, suivie de version podalique par manœuvres internes.

1887. — Un confrère alarmé m'est venu chercher, le 10 Août, pour une multipare âgée, dont le dernier enfant est né il y a plusieurs années. Elle est en travail depuis deux jours. Aucune région ne s'engage. Le confrère croit que le siège est au détroit supérieur.

Utérus inerte. Ventre en besace. Donc, mauvaise direction et insuffisance des forces. Une grosse tumeur ballotte au fond de l'utérus. Ce ballottement explique l'hypothèse du confrère mais ce n'est pas la tête qui ballotte. La continuité de la tumeur et du plan latéral sans sillon intermédiaire prouve que c'est le siège. La tête est en bas, fléchie, très élevée. O.I.G.T. Orifice s'ouvrant ou se fermant suivant que cette tête appuie ou non sur ses bords. Comment intervenir ? Par le forceps ou la version ? Si j'étais certain d'une dilatabilité suffisante, la version aurait mes préférences; mais je doute et crains l'arrêt de la tête dernière. Donc, forceps.

L'utérus avale la branche gauche à des profondeurs inusitées et la tête fuit. L'opération se ferait à la rigueur à l'hôpital où l'on dispose de plusieurs aides; mais outre cette difficulté, l'orifice se referme sur la branche introduite de telle façon qu'il est impossible de placer la main pour une introduction correcte de la cuiller droite. Je renonce donc au forceps et j'ai recours à la version. J'amène le pied antérieur d'un gros enfant. Extraction lente et difficile du tronc. Abaissement et dégagement successif des bras. Manœuvre de Mauriceau. La tête reste deux ou trois minutes dans l'excavation, le cou cravaté par l'orifice, avant que je parvienne à dégager un énorme garçon, aisément ranimé.

OBSERVATION LII

Accouchement sans douleurs chez de toutes jeunes primipares. — Hémorragie secondaire du cordon. — Bon et mauvais fil à ligature. — Congestion et tuberculose.

1887. — Les règles de Mme D..., primipare, ont fini le 15 Mars 1887. Elle devait donc accoucher du 14 Décembre au 2 Janvier. Or, elle met au monde le 30 Novembre, quinze jours par conséquent avant le terme le plus rapproché, un gros garçon qui dépasse 4 kilog. Il n'y a point d'effet sans cause. M. et Mme D... ont semé leur blé sans attendre la permission du maire et du curé. Le mari me tire par la manche, au moment où sa belle-mère demande s'il n'est pas extraordinaire qu'un fœtus âgé de 8 mois à peine, — le mariage ayant eu lieu le 15 Avril, — pèse aussi gros poids. Je lui réponds que, suivant la sagesse populaire, les garçons devancent le terme, faisant injure à leurs mères nouvelles mariées. Je fais remarquer à la belle-mère, qu'ici tout est extraordinaire (1) ; Mme D... étant accouchée sans douleurs. Au moment de l'expulsion elle s'exprime ainsi : « C'est incroyablement facile. J'accouche comme une chatte met bas. » J'ai vu bon nombre d'accouchements peu douloureux ; mais jusqu'à présent je n'en ai vu que deux exempts de toute souffrance. Celui de Mme D... est le second. Dans l'un et l'autre cas les mères étaient de toutes jeunes primipares : 18 et 19 ans.

On m'avait donné, pour la ligature du cordon, un gros et solide fil de soie composé de plusieurs brins tordus, préparé par la grand'mère. J'aime les gros fils à ligature, de la force d'une petite ficelle. Ils ne coupent pas le cordon et, mouillés, forment une solide attache. Le fil de lin des matrones est parfait. Ce

1. J'ai su depuis que cette mère, convaincue par les faits, donnait partout sa fille en exemple.

cordonnet de soie formait une torsade dont les spires étaient distantes les unes des autres. On avait tordu plusieurs brins ensemble, puis enroulé par-dessus une sorte de petit câble qui tournait sur les autres, comme un rébus sur un mirliton. Ce genre de torsion et surtout la nature glissante de la soie faisaient de ce lien un détestable fil à ligature. La cire aurait remédié à l'inconvénient ; mais pour une bonne asepsie je ne m'en sers plus.

Le lien se desserra et il y eut une hémorragie secondaire, sans gravité, qui s'arrêta spontanément. Un tel accident ne peut survenir que par suspension de la respiration.

Mme D... est une nourrice de premier ordre, à surveiller, car elle a des phtisiques dans sa famille. J'institue donc le régime des pesées hebdomadaires, suivant mon habitude.

Vers le deuxième mois, ou un peu plus tard, Mme D... se met à tousser avec persistance et l'entourage s'alarme. Pas de diminution du poids. Légères et fugaces congestions dans la fosse sous-épineuse droite. Au troisième mois, même phénomène. Au quatrième, apparition des règles, pas de toux, point de congestion. L'idée me vient alors qu'il s'agissait de phénomènes réflexes et Mme D..., interrogée, m'apprend qu'en effet, elle avait éprouvé les signes précurseurs des règles au moment où je m'étais inquiété à son égard, me demandant s'il fallait suspendre l'allaitement. La fugacité des phénomènes congestifs m'avait déterminé à attendre, ce dont je me félicitai alors, la suite des événements et l'explication rationnelle que je donne ici me persuadant que je n'avais pas eu tort. Mme D... n'a pas eu de fièvre Ce n'est pas toujours le cas (voyez obs. XL).

1907. — C'étaient des congestions moliminaires. Je ne connaissais pas alors les molimens, les troubles des circulations locales extra-génitales, ou vaso-dilatations erratiques que j'ai étudiés et décrits plus tard.

OBSERVATION LIII

Forceps sur une occipito-iliaque droite postérieure. — Transformation en occipito-sacrée. — Accidents infectieux supprimés par une éruption locale. — Auto-infection par le réveil d'un ancien foyer microbien génital. — Bienfaits du massage.

1888. — Madame V..., primipare, — R. T.: 5 Octobre 1887; D. P.: 6 Juillet 1888; D. E. : 25 Juillet, — accouche le 5 Juillet *Tœdious labor* ; O. I. D. P. Je me décide à intervenir à cause de l'insuffisance des contractions. J'essaie d'abord la transformation de la position postérieure en transversale ou en antérieure suivant la méthode Loviot-Tarnier. J'échoue. L'occiput est immuable. Alors j'introduis la branche droite sur la symphyse sacro-iliaque droite, dans l'espoir qu'elle délogera l'occiput mieux que la main. Cette branche abandonnée à elle-même tend à se dé pla cer et gagne l'extrémité du diamètre transverse. Je touche et trouve la sagittale en position directe. Je suis persuadé que la tête a exécuté son mouvement de rotation. J'introduis la branche gauche et la place en face de la droite. Articulation aisée. L'écart des manches indique la saisie pariéto-malaire idéale ; mais les tractions me semblent bien laborieuses. J'explore de nouveau la sagittale. L'occiput a pivoté vers la concavité sacrée. J'extrais lentement, en O. S., un enfant vigoureux dont la tête au lieu d'être allongée en pain de sucre est presque aussi rond que celle d'un fœtus venu par le siège. Périnée intact.

Le 6 Juillet, trente heures environ après l'accouchement, le pouls s'accélère. Aucun malaise. Je demande qu'on prenne la température matin et soir.

Je revois Mme V... le 8. Teint jaune cachectique. Douleurs dans l'épaule droite. Gonflement douloureux du gros orteil. Je redemande avec instance qu'on m'envoie la température, Mme V... demeurant loin de Paris. On s'en garde. Le 10, je revois Mme V... J'apprends que le thermomètre s'est élevé à 38°4 et ne

s'est pas abaissé au-dessous de 37°6, mais on a pensé qu'un degré de plus ou de moins était quantité négligeable. Je donne une injection intra-utérine. Malgré l'abondante montée de lait, je me défie de ces petites poussées du thermomètre survenant dès le premier ou le second jour. Elles sont souvent le signe précurseur d'une phlébite dont l'éclosion se fait attendre plus ou moins. Le 11, c'est-à-dire sept jours après l'accouchement, une éruption localisée de taches irrégulières, grandes comme des pièces d'argent variant de cinquante centimes à cinq francs, paraît sur deux ou trois points du corps. A la suite de cette sorte de purpura, disparaissent le teint jaune, la douleur d'épaule, le gonflement douloureux du gros orteil, et le thermomètre oscille désormais entre 36°3 et 37°2. Des garde-robes spontanées et moulées, et des urines abondantes, claires, éliminatrices, confirment à leur tour la guérison.

C... de R..., à qui j'ai cité le fait, croit à un empoisonnement par les sels de mercure. Pour moi c'était de l'infection, de par la disparition brusque des douleurs erratiques et de la fièvre, de par la teinte jaune de la peau, et — démonstration péremptoire — de par la continuation sans retour d'accidents, des lavages au biiodure. Je n'ai encore vu qu'une idiosyncrasie de cette sorte ; plusieurs au contraire par de l'acide phénique. J'en suis moi-même un exemple. Plonger mes mains dans une solution faible suffit pour m'enlever le sens du toucher. L'imbibition permanente d'une plaie peut, en pareille prédisposition, déterminer la gangrène. J'en ai été une fois témoin; d'autres aussi.

Quelle a été la cause de l'infection ? La garde, religieuse inconnue, jeune au temps de Cazeaux. C'est tôt fait pour un médecin d'accuser la garde et pour la garde de rejeter la faute sur le médecin. Qu'ils fassent leur examen de conscience. L'infection est portée par ceux qui soignent, le plus souvent ; quelquefois aussi l'accouchée en est elle-même cause. Défiez-vous des mains qui ont l'habitude de tâter la vulve pour se rendre compte des progrès du travail. Faites-les laver avec soin aux

premières douleurs et relaver plus tard. Prévenez aussi les maris de savonner leurs parties génitales quand il leur plaît au cours de la grossesse de pousser des vœux intempestifs. Probablement aussi certaines femmes portent en elles dans la zone génitale, ou ailleurs, des foyers microbiens, volcans assoupis que réveille la puerpéralité ; mais on doit s'accuser d'abord et ne pas libérer aisément sa conscience.

1907. — Les volcans assoupis auxquels je faisais allusion plutôt de par la logique que d'après l'expérience, sont une réalité. Doléris les a signalés à la Société obstétricale de France. La contagion par les mains du médecin et de la garde était alors une sorte de sacrement. On protesta donc, au nom des inconvénients que la doctrine d'une sorte nouvelle d'auto-infection pouvait avoir au point de vue didactique. C'est à quoi je pensais en écrivant : s'accuser toujours soi-même d'abord ; mais enfin il importe de connaître la réalité de ce genre d'empoisonnement, parce qu'on peut le prévenir, tandis que la mort est presque fatale quand on ne prévoit pas.

En 1906, une jeune femme tertipare, traitée par les injections, tampons, ovules, et repos relatif, depuis l'avant-dernier accouchement, pour une métrite, à la suite de laquelle les annexes étaient restées volumineuses et sujettes aux poussées congestives, devait avoir recours à mes soins. Une nouvelle grossesse les lui fit remettre à plus tard. Cette grossesse faillit être interrompue par une hémorragie dans les premiers mois, puis évolua jusqu'à terme, péniblement, à cause de douleurs périodiques. Les suites ne donnaient aucune appréhension lorsque brusquement, le dixième jour, des accidents péritonitiques firent éclosion. Opérée sur-le-champ, la malade mourut peu après. Les annexes étaient purulentes.

Toutes les métro-salpingitiques qui deviennent enceintes sont exposées soit à l'avortement (hémorragie), soit aux accidents infectieux pendant les suites de couches.

Autour de leurs trompes et de leurs ovaires plus ou moins lésés, se font périodiquement des poussées congestives caractérisées par un œdème local et des malaises généraux. Poussées et malaises surviennent à époque fixe, une ou deux fois par mois, non pas à celle où les règles feraient apparition, si ces malades n'étaient pas enceintes, mais un peu avant ou un peu après. Ce sont les molimens, simples ou doubles, phénomène pathologique par son exagération chez les métro-salpingitiques, mais physiologique et en vraisemblable correspondance avec les modifications ovariennes dues aux corps jaunes, car on les observe chez les jeunes filles et les femmes qui ont de simples troubles de fonction menstruelle. J'ai appelé les molimens : périodes critiques. Ils jouent un rôle dans les ruptures de grossesse ectopique, dans les avortements à répétition, dans les hémorragies de l'insertion vicieuse. Ils se signalent au dixième et au vingt-et-unième jour à peu près chez toutes les accouchées par le retour des lochies de sang pur, et cette décharge naturelle est un indice favorable dans les suites de couches pathologiques.

Contre les poussées congestives, rien ne vaut le massage et la gymnastique, mais il convient de traiter les femmes exposées à la cellulite et la pelvi-péritonite, par la kinésithérapie, avant grossesse. Nombreuses sont les malades que j'ai mises ainsi à l'abri d'accidents graves et peut-être mortels.

OBSERVATION LIV

Application irrégulière du forceps sur le sommet, et accouchement spontané d'un fœtus se présentant par le siège. — Deux enfants morts. — Manie puerpérale.

1888. — Qui trop embrasse, mal étreint. J'ai perdu deux enfants de ma clientèle, par ma faute selon toute probabilité, J'accouchais Mme B... primipare Belge, de la catégorie des

femmes qui font tout lentement. Trente-six heures de dilatation. Droite postérieure. Eaux teintées de méconium. Intervention indispensable. A ce moment, on vient me demander pour Mme F... autre primipare dont l'enfant se présente par le siège et qui habite la banlieue. J'opère rapidement Mme B..., par la méthode Loviot-Tarnier, c'est-à-dire branche droite la première après tentative de réduction avec la main. Application irrégulière fronto-mastoïdienne et de plus compression considérable par le bec des cuillers insuffisamment introduites, ou qui ont glissé. Mort apparente. Enfant ranimé par la chaleur à l'exclusion de l'insufflation, mais le cri n'est pas franc.

J'accours chez Mme F... Elle est accouchée sans traîner, seule. Ni garde, ni médecin. Enfant mort au passage.

Je retourne chez Mme B... L'enfant paraît bien ; il respire régulièrement et, mis au sein, s'exerce à la succion ; mais la sage-femme, observatrice, me signale de légers spasmes intermittents des paupières. Ces contractions fibrillaires s'accentuent le second jour et les membres supérieurs se convulsent. Les yeux s'excavent, et tout le corps, beau naguère, fond comme un morceau de graisse. Les accès éclamptiques se rapprochent; la mort survient.

A qui la faute ? A l'alcoolisme avoué du père ? Rien ne le prouve. A ma mauvaise opération vraisemblablement.

Quant à l'enfant de Mme F..., connaissant depuis au moins six semaines la présentation du siège, et qui pis est, du siège engagé, par conséquent indélogeable, j'aurais dû exiger l'accouchement à Paris.

Les suite sont été normales pour Mme B..., apyrétiques, mais peu satisfaisantes pour Mme F... L'appareil digestif ne fonctionne pas. Point d'appétit. Langue saburrale. Et cela ne date pas d'hier.

Une première crise de ce genre a débuté vers le cinquième mois de la grossesse et s'est alors accompagnée d'albuminurie et de fièvre. On m'a affirmé que le thermomètre s'était élevé à 40°. J'ai constaté 38°-39°. Ce fut passager. X... appelé par

la famille, a diagnostiqué : stercorémie, et traité par le naphtol. Deux mois plus tard seconde crise. Amélioration assez prompte; mais la langue est restée saburrale et l'appétit médiocre. Cet état anormal persiste après les couches, comme je viens de le dire. Il se complique d'autres phénomènes qui, eux aussi, ne datent pas d'hier. Je me demande si la santé psychique de Mme F... n'est pas atteinte. D'abord elle est mélancolique. Cette mélancolie ne ressemble point à la tristesse normale que cause aux accouchées saines d'esprit la perte de leur enfant. Je rapproche ce cas d'un autre tout à fait analogue pour lequel jadis j'ai consulté Tarnier qui posa sans hésitation le diagnostic de manie, plus tard justifié. Je relie aussi à l'ensemble des symptômes actuels un fait constaté en Mars lors de la première crise : Mme F..., dont je voulais examiner le ventre, s'était découverte spontanément des pieds à la tête, renvoyant sa couverture au bas du lit et relevant sa chemise jusqu'au cou. Cette exhibition inattendue m'avait frappé. Son souvenir me revint comme l'indice d'une mentalité pathologique.

Nouvelle consultation inutile avec X..., oracle de la famille, mais incompétent. Il ne partage pas mes appréhensions, diagnostique une légère dilatation d'estomac, et ordonne un régime approprié. Évidemment sa clientèle, quoique grande, ne l'a jamais mis en présence d'un cas semblable. Les consultations des spécialistes sont seules utiles aux malades. Les autres sont inutiles, comme celle de X..., ou même nuisibles quand le consultant est imposé pour son seul pavillon, à un bon praticien, qui connaît la malade dix fois mieux, et est paralysé par l'inopportune et dogmatique intervention magistrale. Les malades s'en trouvent d'autant plus mal que le médecin ordinaire, sentant sa responsabilité à l'abri, n'éprouve plus à leur égard la constante préoccupation, sans laquelle les soins intelligents et dévoués n'existent pas.

Donc, la seconde consultation de X... n'éclaire et n'améliore rien. La langue ne se nettoie pas ; l'appétit reste médiocre, et

après un retour bâtard de menstruation, consistant en pertes blanches abondantes avec écoulement sanguin insignifiant, j'envoie Mme F... au bord de la mer, en déclarant que, pour la guérison, le retour des règles normales est indispensable. De plus, faisant part au mari de mes appréhensions, je lui conseille avec insistance, mais sans succès, de laisser à Paris sa belle-mère, détestable compagnie pour sa fille. Elle étudie ses moindres sensations au microscope, et la couve comme si elle pesait 1.800 grammes au lieu d'avoir cinq pieds six pouces.

Un mois plus tard, Mme F... revient à Paris et me donne rendez-vous pour une troisième consultation chez X... En attendant celui-ci, je cause avec Mme F... et l'observe. Elle a beaucoup maigri. Les règles ont été insuffisantes. La malade se plaint d'indécision dans les idées, s'analyse, s'occupe exclusivement d'elle-même, s'effraye de tout. Séance tenante elle me fournit une nouvelle preuve de sa mentalité bizarre. Avec un sans-gêne dont elle m'a donné exemple il y a six mois, elle commence à se déshabiller en plein salon de X... Je l'arrête difficilement, et un instant plus tard, je raconte à X... dans son cabinet ce qui s'est passé, pendant que Mme F... urine dans la pièce voisine. X..., encore une fois, ne paraît pas tenir grand compte de la mentalité, fait une nouvelle exploration du système digestif, trouve un peu d'albumine et ordonne le retour au régime.

En sortant, j'écris au mari, pour lui confirmer mes appréhensions, et demander une rencontre avec Charcot qui les légitime pose le diagnostic de manie puerpérale, et conseille la séparation absolue de la mère et de la fille.

1906. — Parmi les manies puerpérales observées au cours de ma pratique l'une est relatée dans ce recueil. (Voyez : Obs. II.) D'autres n'y figurent pas. Deux d'entre elles offrent de l'intérêt par certains faits cliniques, par l'évolution et surtout par la connaissance précise des tenants et aboutissants. Dans ces deux

cas, comme dans les autres d'ailleurs, les troubles du système digestif et les perturbations vaso-motrices n'ont pas manqué. Les aliénistes les considèrent, je crois, comme règle générale. L'amaigrissement, l'anorexie absolue ou relative me paraissent en être une autre. L'embonpoint ou même l'obésité indique le retour à l'état normal. Chez l'une de ces malades, la première et unique crise est survenue à la suite d'une troisième grossesse, deux ou trois mois après l'accouchement. Au début, elle se plaignait du bas-ventre et a présenté de la congestion et de la pseudométrite, pesanteur, ectropion de la muqueuse, ulcération du museau de tanche, tous symptômes de subinvolution, communs à quantité d'accouchées. Pour cette raison je ne pense pas qu'il y eut un lien entre cette involution retardée et la mélancolie débutante. La crise a duré près d'un an et n'a cédé qu'après séjour dans une maison spéciale. Le retour à la santé ne s'est pas démenti, et date de quinze ans. L'aîné des enfants aujourd'hui âgé de vingt ans passés a présenté une fois déjà les signes de la neurasthénie. Sa mère est proche parente de trois aliénés. L'un qui a succombé à des accidents que les spécialistes n'ont pas rattachés, à cause de l'âge, à la paralysie générale, paraissait non seulement indemne de toute névrose avant l'éclosion du mal, mais avait des facultés hors pair, presque géniales. Je n'ai jamais assisté à déchéance plus complète ni plus rapide, de l'être physique, moral et intellectuel.

La seconde maniaque a eu sa première crise à la naissance de l'aîné de ses enfants. Presque immédiate et violente, elle a duré plusieurs mois. Les crises se sont renouvelées à chaque accouchement, et il y en a eu quatre, malgré avis formel des médecins d'éviter toute grossesse. Entre chacune la santé ne laissait rien à désirer. Après la dernière, le mal reparaissant à échéances plus ou moins éloignées s'est peu à peu installé sous forme de folie circulaire avec mélancolie, agitation et délire, la manie religieuse dominant. Les crises sont annuelles ou à peu près et durent huit mois environ quand elles parcourent le stade complet.

La malade est proche parente d'aliénés et de psychosés. Sur les trois enfants qu'elle a conservés, l'un, de sexe féminin, a été mélancolique vers l'âge de seize ans avec des troubles de la menstruation. Ménorrhagique pendant la crise, elle est devenue aménorrhéique, monstrueusement obèse et goitreuse. Dès lors les troubles psychiques ont disparu. Opérée partiellement de son goitre qui comprimait les voies respiratoires, elle reste mentalement indemne. Son âge est quarante ans environ. Vers 1893, j'avais essayé sans succès de rappeler, au moyen des exercices gymnastiques, les règles que remplaçaient des poussées furonculaires périodiques, couturant le visage de cicatrices. La menstruation s'est spontanément rétablie, plus tard, avant la thyroïdectomie, et n'a modifié ni le goitre, ni l'obésité. Un autre enfant âgé de vingt-cinq ans environ est atteint d'agoraphobie.

OBSERVATION LV

Bassin vicié par le rachitisme. — Diagnostic. — Promontoires élevés. — Première grossesse : difficulté des déterminations à prendre. — Présentation du siège irréductible. — Accouchement prématuré spontané. — Brûlures du fœtus. — Deuxième grossesse : présentation du siège mode des fesses. — Accouchemen provoqué. — Mort rapide du fœtus. — Troisième grossesse : prétsentation du siège, mode des fesses ; version : accouchement provoqué ou symphyséotomie? — Accouchement provoqué. — Forceps. — Enfant vivant. — Quatrième grossesse : présentation du sommet. — Accouchement provoqué. Forceps. Enfant vivant. — Mort consécutive.

1888. — A première vue Mme Z... qui est venue me consulter aujourd'hui est rachitique. « L'air de famille » s'impose : front bombé, prognathisme, taille courte. Elle n'est pas bossue, et

c'est fâcheux pour elle, si le bassin est touché ; mais il faut interroger, voir, et surtout mesurer.

L'interrogatoire confirme les appréhensions. La marche n'a pas été tardive mais les jambes ont porté des mécaniques.

La vue les confirme également, par l'aspect du visage et du thorax seulement; les membres inférieurs sont droits, tandis que le tronc disproportionné est raccourci et présente une voussure sternale accentuée.

Le toucher à son tour est confirmatif ; mais d'un rachitisme discret. Sacrum accessible (qualificatif que les accoucheurs y emploient pour désigner un rétrécissement en apparence peu prononcé). Impossible d'atteindre le promontoire.

Est-ce inquiétant ? Est-ce rassurant ? *That is the question ;* troublante pour qui regarde de près certains bassins du musée Depaul.

Promontoire ou sacrum seulement accessible, n'est pas le signe certain d'une étroitesse peu prononcée. Par exception c'est le contraire.

On ne pourra trancher la question que beaucoup plus tard, peut-être à la fin de la grossesse, par le degré d'engagement, peut-être seulement pendant le travail par le toucher manuel. On ne connaîtra la meilleure conduite à tenir qu'aux grossesses suivantes, et encore, approximativement, d'après la première parturition.

Donner du chloroforme, déprimer le périnée très résistant, pousser index et médius aussi loin que possible ne servirait à rien. C'est la main entière qu'il faut mettre dans le vagin et dans le col utérin pour connaître ce bassin.

Promontoire bas et seul accessible, *sive* bassin annelé, sacrum et promontoire bas et accessibles tous deux, *sive* bassin canaliforme, viciation plus grave, font courir relativement peu d'aventures. Au contraire si le promontoire est haut situé, et c'est le cas de Mme Z..., on est exposé aux pires difficultés. Le pelvis est plus étroit qu'il ne paraît. On ne peut apprécier cette étroitesse avec

exactitude. Même si l'on parvient à mesurer le diamètre promonto-sous-pubien on ne sait quelle déduction faire pour obtenir le diamètre « utile ». La soustraction est beaucoup plus forte pour un promontoire haut situé que pour les promontoires abaissés communs à la majorité des pelvis viciés par le rachitisme.

L'abaissement du promontoire, règle de ces bassins, est la conséquence de l'affaissement de la région lombo-sacrée. Si, par exception, cet affaissement ne se produit pas, l'étroitesse n'en existe pas moins, hors le cas de courbure compensatrice du rachis, et est d'autant plus marquée et d'autant plus difficile à apprécier que la symphyse pubienne sera plus longue et plus épaisse, le tissu osseux s'étant hypertrophié au lieu de se raréfier.

Parmi les bassins du musée Depaul, les promontoires bas sont nombreux. Deux ou trois seulement sont élevés. L'un, que je ne manquais pas de faire mesurer par les élèves, peut être considéré comme type de ces dangereux rétrécissements. La déduction à faire était de 25 millimètres au moins, au lieu de 10 ou 15 millimètres, moyenne de soustraction dans les bassins dont le promontoire est abaissé.

Donc Mme Z... est et sera un sujet de préoccupation. Je ne partage pas la quiétude classique. Je ne considère pas ce bassin comme nécessairement peu vicié.

Grossesse. — R. T. : 5 Mars. D. P. : 4 Décembre. D. E. : 23 Décembre. Présentation du siège irréductible, quoique non engagé. Je vois Mme Z... plusieurs fois. Présentation et position restent immuables. De temps en temps le segment inférieur s'abaisse, et le siège proémine dans l'excavation mais d'ordinaire le fœtus est assis sur la ligne innominée droite. Utérus en écharpe.

L'impossibilité de faire la version, les considérations énumérées plus haut, c'est-à-dire l'*alea*, l'incertitude, où laisse en pareils cas la conduite classique, qui veut que dans ces bassins non mesurables, dits accessibles, on ne suspende pas le cours de la grossesse, quitte à interrompre la seconde si l'on n'obtenait pas à la première un enfant vivant, me déterminent à de-

mander l'avis de A... Celui-ci constate, outre le rétrécissement, la direction particulière de l'utérus et en paraît plus préoccupé que je ne l'étais moi-même. La déviation du col, conséquence de l'inclinaison de tout l'organe, lui semble devoir ralentir encore le travail, qu'il importerait de précipiter, étant donné la présentation de siège. En conséquence il conseille de provoquer le travail quinze jours avant terme au moyen du ballon dilalateur de Champetier de Ribes.

Cette manière de faire, pas tout à fait classique, est conforme à mes idées. Évidemment A..., qui a tenté inutilement la version après moi, s'est dit : « On ne pourra comparer le volume de la tête « au calibre de la filière pelvienne, par le degré d'engagement « ou par le surplomb de la sphère céphalique au-dessus du « pubis. Il est donc prudent de ne pas attendre le terme. Avec « un fœtus moyen et un travail rapide, nous avons chance de « réussir. »

Mme Z... devant être à terme du 4 au 23 Décembre, c'est quinze jours avant le 4, c'est-à-dire le 19 Novembre, qu'on provoquera le travail. Il manquera au fœtus, à ce moment, soit deux, soit quatre septénaires de vie intra-utérine. Encore un *desideratum* obstétrical. Encore une moyenne dont on est forcé de se contenter.

Accouchement. — Le 9 Novembre. Mme Z... n'a pas attendu la date fixée par les augures. Quelques jours après la décision de A... elle a perdu un peu de sang pur. J'ai craint une insertion vicieuse ; mais l'examen du placenta a montré que la conjecture était fausse. Une fille du poids de 2.600 (?) a été extraite par la méthode de Mauriceau, après travail rapide, sans la moindre perte de temps, sans altération des bruits du cœur avant l'extraction. Cette fille était cependant blanche, flasque, sans battements, absolument inanimée. La résurrection de cette enfant m'a absorbé au point que j'ai négligé l'exploration manuelle du bassin. Négligence fâcheuse. Bien que j'aie plus de documents pour la conduite à tenir lors d'un second accouchement, celui-là me manque.

L'enfant était donc inerte. Je l'ai dit, maintes fois ; je n'aime pas l'insufflation. De tous les moyens propres à ranimer un enfant, je n'en connais pas de supérieur à celui des linges presque brûlants. Je dis : presque brûlants, car la température doit être aussi élevée que possible. Un peu plus, et les serviettes sentiraient le roussi. Si ce moyen échoue, alors j'emploie l'insufflation, comme ultime ressource.

J'avais donc, avant l'accouchement, recommandé à deux femmes placées dans la chambre voisine, de tenir, en permanence, au four, des linges brûlants, qu'on apporterait au premier signal.

Ce signal donné, on m'apporta naturellement des linges tièdes et l'enfant resta blanc, flasque, sans battements cardiaques. Je l'approchai des flammes d'un feu très vif. Mes mains protégeaient le torse. A ce moment l'enfant fit une inspiration. J'enlevai les mucosités pharyngiennes, la respiration s'établit peu à peu. Enfin il cria. Je m'aperçus alors que tout le côté gauche portait des traces de brûlure ainsi distribuées : doigts de la main, 2e degré ; avant-bras, 3e degré ; jambe, 1er degré (?). Ici je pose un point d'interrogation, car je ne sais dans quelle catégorie ranger cette dernière brûlure, si brûlure c'était. Point de rougeur, point de phlyctène ; une large tache noire existait sur la face externe de la jambe, à sa surface l'épiderme paraissait exister.

Je fis venir N..., médecin habituel de la famille pour décider le traitement. Il fut d'avis d'appliquer sur les brûlures un liniment dont le nom m'échappe, aussi réputé que l'oléo-calcaire. Le surlendemain, le bras et la main, ainsi que l'avant-bras, étaient très rouges et tuméfiés de haut en bas. Il en était de même de la jambe et du pied correspondant. Une si vive réaction me fit craindre pour la vie de cet enfant venu avant terme et nourri au lait d'ânesse en attendant le sein. Je me décidai à employer comme pansement l'eau antiseptique, suivant la formule suivante :

R.

Biiodure de HG.	0 gr. 05
Iodure de K.	0 gr. 10
Glycérine pure.	50 gr.
Eau distillée.	950 gr.

M.

Je recommandai à la garde de faire un pansement comparatif, c'est-à-dire de laisser subsister sur la jambe l'ancien liniment. Le lendemain, la main, le bras, l'avant-bras pansés au biiodure étaient revenus aux dimensions et à la couleur normales tandis que la jambe et le pied étaient aussi tuméfiés et enflammés que la veille. Le pansement au biiodure fut substitué partout au liniment, et, vingt-quatre heures après, la jambe et le pied étaient, comme le bras et la main, de dimensions et couleurs normales ; inflammation totalement disparue.

On continue ; la tache ecchymotique (?) de la jambe se supprime. L'escharre de l'avant-bras s'élimine sans suppuration comme un fragment de parchemin noirci. Restaient les brûlures des doigts ; à l'origine nombreuses phlyctènes constituant autant de brûlures de 2e degré. Le pansement fut-il moins régulièrement et moins soigneusement fait que sur les autres parties du corps? Les brûlures dépassaient-elles primitivement le 2e degré ? Faut-il invoquer la gravité spéciale des brûlures digitales? Je ne saurais dire. Toujours est-il que la réparation des tissus fut lente. De plus sur la face dorsale du médius et de l'index se forma une excavation profonde qu'entourait du tissu cicatriciel épais et dur. Tirées en arrière par les brides de ce tissu, les phalanges se rebroussaient et tout le doigt était courbé en arc sur sa face dorsale. Les articulations paraissant libres, on fit exécuter tous les jours des mouvements au médius et à l'annulaire, traitement quotidien continué avec persévérance.

Aujourd'hui, 3 Février, l'enfant touche à trois mois. Les mouvements des phalanges menacées sont spontanés. On ne peut juger

ce que seront plus tard les cicatrices; mais les ongles sont tombés et repoussent déformés.

Et maintenant quels sont les documents dont je dispose pour les accouchements à venir de Mme Z... Une fille âgée de 7 mois 1/2 au plus, à en juger par le diamètre bi-pariétal, a passé sans autres difficultés que celles inhérentes à toute présentation du siège chez les primipares bien conformées. La mensuration pelvienne n'a pas été pratiquée avec la main, mais avec l'index et le médius réunis. Mon index, long cependant, ne suffisait pas. Il faut aller directement en haut et en arrière en refoulant le périnée à présent dépressible pour atteindre le promontoire. Le diamètre promonto-sous-pubien ne dépasse pas 10 centimètres. Que faut-il déduire? Au moins 20 millimètres, et mieux valent 25 millimètres, c'est plus sûr. Je suis convaincu, bien que le toucher manuel fasse défaut, que le bassin de Mme Z... est analogue à la pièce anatomique du musée Depaul (1).

Ce n'est pas une de ces viciations peu marquées rentrant dans la catégorie dite des accessibilités qu'il est inutile de mesurer parce que le diamètre « utile » de tels bassins n'est pas inférieur à 95 ou 100 millimètres et que tout en exposant aux parturitions difficiles, ils laissent passer de gros fœtus à terme.

Le seul trait commun de Mme Z... avec ces femmes effleurées par le rachitisme, c'est que sa viciation échapperait aisément aux accoucheurs non rompus au métier, peu observateurs, ou qui, faute de surveiller chez toutes les primipares l'engagement de la région fœtale, ne recherchent pas d'emblée et avant tout dans l'étroitesse osseuse, la cause d'une excavation vide, ou d'un simple amorcement.

1. La déduction à faire sur un bassin normal étant de 20 millimètres au moins (promontoire, haut, inaccessible) on peut, pour les bassins rachitiques, instituer cette règle de déduction : *plus le promontoire est bas et facilement accessible, moins il faut soustraire.* Ce n'est pas mathématique ; mais c'est clinique.

Étant donné les documents dont je dispose, si Mme Z... entre dans la secondiparité, je provoquerai le travail trois semaines avant le terme le plus rapproché ; mais que d'aléas encore ! Combien l'exploration manuelle me manque : c'est peut-être six semaines d'avance qui conviendraient, car le diamètre bipariétal de la fille extraite était de 75 millimètres et elle n'aurait achevé sa vie intra-utérine qu'au terme le plus éloigné de la parturition.

1890. — Grossesse. — R. T. : 6 Août ; D. P. : 7 Mai ; D. E. : 26 Mai. Je constate comme à la première gestation que le siège est en bas ; le fœtus, en écharpe, est assis sur la ligne innominée gauche ; tête difficile à saisir dans l'hypochondre et le flanc droit. On empoigne la cuisse droite. Les membres inférieurs sont défléchis ; mais au large dans l'utérus, ils ne s'appliquent pas contre le plan abdomino-thoracique. Le dos est à droite, le fœtus à l'aise n'est pourtant pas mobilisable. Il faut se résoudre à la présentation du siège, plus favorable dans un bassin vicié, — ont dit beaucoup d'accoucheurs. Que de restrictions à faire à cette proposition absolue !

Accouchement. — Le 14 Avril, trois semaines avant le 7 Mai (D. P.), le matin à 10 heures, j'introduis un ballon Champetier. Mon intention était de le glisser entre les membranes et la paroi utérine, à droite, sous la région sacro-lombaire du fœtus. A gauche, où se trouvaient les cuisses et les jambes mal fléchies et probablement la totalité ou la plus grande partie du cordon, je risquais davantage les procidences auxquelles exposent les gros ballons qui déplacent la présentation. Les membranes se rompirent, accident fâcheux, évitable peut-être si j'avais introduit toute la main dans le vagin et si j'avais décollé avec l'index l'œuf au niveau du segment inférieur, au lieu de conduire le ballon et sa pince sur le bout de l'index en contact avec les membranes, et de les décoller au moyen de l'instrument. Un bon

verre de liquide amniotique s'écoula ; je pus gonfler le ballon assez rapidement pour conserver au fœtus la majeure partie des eaux de l'amnios.

A 2 heures, les contractions débutaient franchement. A 5 elles étaient énergiques. A 6, on me fit prévenir. Elles se ralentissaient à 7, au moment de mon arrivée. Je touchai. Grand fut mon étonnement de trouver le ballon plissé. Je demandai à la sage-femme si elle avait été obligée de le vider en partie comme on le fait lorsque les contractions se ralentissent ou tardent à paraître. On n'y avait pas touché et je l'avais rempli moi-même au maximum après dosage exact. Tirant sur le tube j'enlevai le ballon vide et l'examinai.

Il n'était pas crevé et contenait encore un peu d'eau qui ne s'échappait d'aucun côté. J'avais vérifié moi-même l'instrument avant l'introduction. Pressé à deux mains et rempli, il conservait sa forme. D'où venait donc la fuite ? Car il y avait une fuite, une imperceptible fuite, puisque le ballon avait mis plusieurs heures à se vider. Je la découvris au niveau de la ligature supérieure du robinet. Soit que le fil fût relâché, soit que le caoutchouc fût coupé, une véritable distillation de l'eau s'était faite à cet endroit. Comme les membranes étaient rompues, on avait pris pour amniotique le liquide qui mouillait régulièrement le lit après chaque contraction.

J'explorai soigneusement l'orifice utérin. Il était mou, épais, grand comme une pièce de cinq francs, mais il tendait à se refermer. Au centre était une tumeur arrondie, molle, œdémateuse, grosse comme un œuf de poule, que je supposai formée par les bourses d'un fœtus mâle. Diagnostic sujet à caution que je gardai pour moi, mais qui se trouva confirmé. Difficilement, à droite, on devinait du bout du doigt un triangle osseux.

Les membranes rompues, cinq heures de travail perdu par le vice d'un instrument, vice que nul n'aurait soupçonné ! On conçoit mon mécontentement. Il augmenta quand je découvris par le palper, que les membres inférieurs du fœtus s'étaient relevés

et étendus sur l'abdomen et le thorax, sans y être appliqués cependant, grâce à ce qui restait de liquide amniotique. Les battements du cœur étaient excellents ; les contractions ralenties, mais efficaces.

Que faire ? Réintroduire le ballon ? J'obtiendrais ainsi une dilatation sinon plus rapide, du moins plus grande que par la descente d'un siège décomplété mode des fesses. Je pourrais opérer, comme j'espérais le faire à 7 heures, à mon arrivée, abaisser un ou deux pieds dans le vagin pour faire disparaître le mode des fesses ; mais en réintroduisant le ballon je risquais l'évacuation du reste de liquide protecteur, l'accolement de la paroi utérine au fœtus qui se plierait en double comme un livre qu'on ferme, et partant l'impossibilité ou la grande difficulté au moment de la dilatation complète de rouvrir ce livre, pour abaisser les membres inférieurs. On devait aussi compter avec la compression du cordon et même la procidence toujours possible. Fallait-il donc employer une seconde méthode ; laisser à la nature le soin et le temps d'agir et de pousser après dilatation le fœtus à travers la filière ? Alors pas de soustraction brusque de liquide ; mais si les contractions ne précipitaient pas le travail, une soustraction lente, et alors les inconvénients redoutés avec la première méthode, avec en plus une dilatation lente aussi, peut-être incomplète au moment où l'extraction s'imposerait, et toutes les difficultés inhérentes.

Dans ma perplexité je pris conseil de A... : « Vous vous trou-
« vez, me dit-il, dans les conditions où nous étions lorsque nous
« n'avions comme instrument dilatateur que les ballons petits
« et compressibles ; restez-y. » C'est ce que je fis. Le résultat eût-il été meilleur en prenant le premier parti ?

Vers 3 heures du matin, le siège descendit sur le périnée. En même temps, demi-tour du fœtus, et le sacrum, qui était directement à droite, se mit directement à gauche, à l'extrémité du diamètre transverse. Le sillon inter-fessier presque effacé par la tension des tissus occupait ce diamètre.

Avant l'engagement il était rapproché du pubis : asynditisme analogue à l'inclinaison qui détermine la présentation du pariétal postérieur avant la descente du sommet, quand l'utérus ne forme pas besace. Les membres inférieurs se collèrent à l'abdomen et au thorax, et les battements du cœur fœtal, très nets avant la descente et l'accolement, cessèrent. L'arrêt de pulsations fut instantané ou à peu près. Quelques battements reparaissaient de temps à autre dans l'intervalle des contractions mais de plus en plus faibles et indistincts. Dès que cela fut possible, j'introduisis un doigt en crochet dans l'aine antérieure et je dégageai peu à peu cette colonne informe, qui se redresse, s'érige, et semble un monstrueux phallus constitué par la juxtaposition du tronc et des membres inférieurs, barres inflexibles bandées devant lui. Les membres supérieurs relevés furent promptement saisis, en introduisant, suivant le seul procédé vraiment efficace, toute la main dans la concavité du sacrum pour abaisser d'abord le bras postérieur. La tête encore élevée fut un peu difficile à atteindre ; mais non à extraire. On ne parvint pas à ranimer l'enfant. La région précordiale était profondément déprimée. Les membres inférieurs avaient creusé un sillon du creux épigastrique au milieu du sternum. Les côtes saillaient à droite et à gauche. Le fait de l'arrêt brusque du cœur, au moment précis de l'accolement des membres inférieurs et du tronc, prouve qu'il faut attribuer la mort à la compression du cœur. La chose est hors de doute. Nouveau méfait à mettre sur le compte de ce genre de présentation, aggravé ici par la viciation pelvienne.

Cette fois j'ai cherché à mesurer la viciation par le toucher manuel. La saillie du promontoire paraît extrême, mais il y a toujours illusion dans cette évaluation approximative. Tous les promontoires, même celui d'un pelvis normal, semblent exagérés à la main introduite dans les voies génitales. On doit mettre les doigts de champ dans le diamètre antéro-postérieur. J'ai pu les pousser ainsi jusqu'aux articulations phalango-phalangi-

niennes ou à peu près, ce qui pour ma main libre, donne 75 millimètres.

1891. — Grossesse. — R.T.; 11 Juillet; D. P.: 11 Avril. D. E.: 30 Avril. La tête est en haut. Voici quel est mon plan : rectifier la présentation; appliquer une ceinture. Surveillance incessante à partir du 11 Janvier, c'est-à-dire à la fin ou dans le courant du sixième mois.

Du 12 au 29 Janvier, la version est pratiquée, nombre de fois. A partir du 30, la ceinture jusque-là inefficace maintient, pendant plusieurs jours, la tête au détroit supérieur ; mais dans le courant de Février, la présentation vicieuse se reproduit et le fœtus reste obstinément en écharpe, pôle supérieur dans le flanc droit, pieds ordinairement relevés. Toutes mes tentatives d'évolution échouent.

Las d'une inutile persévérance, et par conscience, j'adresse Mme Z..., au maître A..., le priant d'essayer à son tour. De plus, à cause de la symphyséotomie qui est déjà, pour son vulgarisateur en France, une opération de choix, je lui pose cette question : « Si le siège reste en bas, faut-il provoquer le travail ou attendre le terme et séparer les pubis? »

A... tente à son tour la version, réussit, et me répond : « Je préfère la symphyséotomie à terme à l'accouchement prématuré. »

La présentation, quotidiennement surveillée et maintenue, est conservée, le fœtus prospérant visiblement. Pour cette raison, le temps d'opter est venu. Mme Z... me confie la décision. J'opine fortement dans le sens de A..., et conseille de le charger de la symphyséotomie que je n'ai jamais pratiquée. J'insiste, désireux de dégager toute responsabilité. Mon motif secret est le suivant : A..., ayant réussi dans la dernière version, alors que j'échouais depuis plusieurs jours, je ne voulais pas, si l'accouchement prématuré n'était pas couronné de succès, exposer la

famille au regret naturel de n'avoir pas suivi les conseils d'un homme qui avait fait preuve d'habileté supérieure.

Malgré mon insistance réitérée, Mme Z..., devinant à quelles considérations j'obéissais, les dévoile en disant: « Le succès du « Dr A... ne saurait m'influencer puisque lors de ma première « grossesse, il n'a pu retourner l'enfant. »

Elle veut, à toutes forces, connaître mon opinion personnelle, que je lui donne en ces termes : « Il y a deux points de vue : « celui de l'enfant et le vôtre, et il m'est difficile de me pronon- « cer en connaissance de cause, car la symphyséotomie débute « ou plutôt renaît ; mais enfin, d'après la logique, d'après mon « expérience générale des opérations, elle vous expose plus que « l'accouchement provoqué dont les risques pour vous éga- « lent 0. C'est l'inverse pour l'enfant. L'accouchement provoqué « l'expose beaucoup plus que la symphyséotomie. »

Mme Z... m'ayant demandé quels étaient les accidents de la symphyséotomie; « ils ne sont pas mortels, jusqu'à présent, lui ai-je « répondu; mais *je suppose* qu'elle peut entraîner des infirmités « locales pour la vie. A vous de décider et à personne d'autre. »

Accouchement. — Prématuré et provoqué le 12 Mars. Introduction du ballon Tarnier. Trois quarts d'heure ou même une heure sont employés à cette mise en place ; mais je la termine à ma pleine satisfaction. Petits ennuis inhérents à l'appareil même : reflux du liquide, embrouillement des fils, etc., etc. Les contractions débutent promptement et vont *crescendo* jusqu'à la dilatation complète. Il était alors trois heures du matin environ. La poche des eaux s'engage au début à côté du ballon et tous deux forment un excellent dilatateur. Je romps artificiellement cette poche au moment d'élection, la tête encore élevée descend un peu et se fixe en gauche antéro-transverse en conservant l'inclinaison primitive sur le pariétal postérieur. Dès lors suppression radicale de toute contraction efficace. Petites douleurs de rien ; gémissements ; plaintes ; aucun effort ; utérus mollasse. Il faut appliquer le forceps. L'introduction et la mise en place

de la cuiller gauche offrent quelques difficultés à cause de l'inclinaison de cette tête et de l'extraordinaire saillie du promontoire qui forme un véritable bec. C'est un roc qui surplombe. Je retire trois ou quatre fois cette cuiller, et je finis par la placer d'une façon à peu près satisfaisante. La cuiller droite est introduite sans peine. L'instrument est oblique relativement au bassin. O. I. G. A. La saisie ne doit pas être tout à fait régulière. Tractions assez fortes. Extraction difficile ; mais non très difficile, d'une fille qui pèse 2.400 grammes. Le forceps était appliqué comme je le supposais. A gauche, tête creusée d'un sillon correspondant à l'un des montants de la branche postérieure sur laquelle le promontoire avait appuyé au passage, de sorte que la cuiller postérieure avait été aussi contondante que l'antérieure la branche qui blesse et tue (obs. XXVIII). Grâce à la mollesse des os, il n'y eut même pas d'épanchement sanguin et le sillon s'effaçait dès la deuxième heure de la naissance. A ce moment l'enfant présentait des ecchymoses sur le plan latéral gauche, notamment au coude et à la cuisse où elles atteignaient les dimensions d'une pièce de cinq francs. Je les explique par la pression du promontoire saillant que j'ai décrit.

L'enfant s'élève sans difficultés.

1893. — Grossesse. — R. T. : 5 Août; D. P.: 6 Mai; D. E. : 25 Mai. Présentation du sommet.

Accouchement. — Provoqué le 24 Mars et non le 6 Avril, c'est-à-dire treize jours avant la date choisie au dernier accouchement, parce que suivant la règle, la série des enfants d'une même femme va croissant en volume et en poids; mais que de chances d'erreurs !

La question de la symphyséotomie se pose de nouveau. On me demande encore si cette opération ne laisse jamais d'infirmité. Je réponds qu'elles sont rares d'après les statistiques publiées. On choisit l'accouchement provoqué.

C'est encore au ballon Tarnier que j'ai recours. Si je le préfère, malgré ses ennuis, à la sonde plus expéditive comme opération, c'est qu'il ne lèse rien. Le ballon de Champetier est contre-indiqué parce qu'il déplacerait la région fœtale et conduirait peut-être à la version et à l'extraction podalique.

Les douleurs se manifestent de suite. A la dilatation grande comme cinq francs elles se ralentissent. On les ranime avec l'eau chaude à 45°, en injections. La dilatation est presque complète, quand les membranes se rompent. Recroquevillement immédiat du col. Tête très élevée derrière la symphyse. L'œuf, percé d'un tout petit orifice, forme encore ballon ; ballon mou, donc inutile. En arrière on sent une masse bosselée figuant assez bien un petit membre ; mais elle paraît extérieure à la poche ; de plus il suffit d'appliquer l'index sur cette masse et d'attendre une contraction pour reconnaître la lèvre postérieure du col reformé, épaissi et plissé dans l'intervalle des contractions. J'introduis quatre doigts pour juger la dilatabilité. Il faut attendre pour le forceps.

Les douleurs continuent pendant deux heures ; la bosse sérosanguine se forme, le col perd de l'épaisseur et s'amollit. L'orifice paraît encore grand comme cinq francs mais la répétition de la manœuvre signalée tout à l'heure me fait constater la dilatabilité. Application de forceps. O. I. D. A., et non O. I. D. T., quoique la tête n'ait pas franchi le détroit supérieur. Je commence par la branche droite. Impossible de placer la gauche parce que je ne puis abaisser le manche de cette cuiller sans forcer. Je m'arrête donc. Je retire l'instrument, et, contre toute règle, je commence par la branche gauche, que je place comme j'avais fait pour la droite, aussi haut que possible, directement en arrière et à plat, la faisant glisser sur la main, introduite pouce compris, les doigts en contact avec l'oreille droite. La branche droite est difficile à placer, mais je parviens cependant à contourner la tête, en abaissant excessivement le manche. Impossibilité de mettre la mortaise en face du pivot, parce que le mouvement de spire n'a pas été tout à fait

complet. Je ramène vers l'extrémité postérieure du diamètre oblique droit (symph. S. I. G), la cuiller gauche, et j'arrive non sans peine et en y mettant un peu de force à marier pivot et mortaise.

Les branches de traction sont invisibles. Je les sens dans le vagin, croisées, ce dont je ne m'aperçois que par l'impossibilité de les introduire dans la coulisse du tracteur. Je les décroise et les fixe.

Je tire, pendant les douleurs autant que possible. Tractions contenues et non continues, pour laisser à la tête une mobilité relative, intermittente, favorable à l'orientation spontanée. On surveille le cœur fœtal. Le forceps se tient en position oblique. Sept minutes plus tard seulement, le promontoire est franchi, la tête descend, tourne; les manches du forceps conservent une légère obliquité, et j'extrais un fœtus mâle, syncopé, petit et maigre, qui tressaille pourtant au moment du dégagement des épaules. Circulaire lâche. Section immédiate du cordon. Enfant blanc et mou comme un chiffon. On le ranime au bout de dix minutes environ avec la chaleur d'un grand feu, des linges brûlants, et par la désobstruction du pharynx au moyen du doigt qui excite les réflexes respiratoires.

Le forceps sorti sens dessus dessous est régulièrement appliqué. Les becs, même celui de la cuiller antérieure n'ont rien mordu. Au moment où j'introduisais la branche droite ma main était comprimée douloureusement par la cuiller postérieure et par la contracture de l'orifice que je tenais à sentir sur la face postérieure de mes doigts. Mme L... s'est plainte d'un pincement. J'ai relevé un peu le manche, et attentivement veillé à râcler, avec le bec, la paume de ma main et mes doigts, certain de ne faire de cette façon aucun accroc. En effet, après l'accouchement, écartant bien les lèvres vulvaires, j'ai vu les parois vaginales froncées, plissées, boursouflées, indemnes de lésions en haut et sur les côtés. En bas, près de la fourchette, existe un arrachement gros comme une noisette, avec petit thrombus. Est-ce pendant le mouvement de rotation que cette petite lésion s'est produite. Le fœtus a la tête très ossifiée. Il dépasse 2.000 gram-

mes. C'est moins que ses sœurs : 2.600 grammes et 2.400 grammes. La circulation laisse à désirer. Le corps reste flasque et mou. La couveuse ne donne pas de bons résultats. Aucun soin n'a fait défaut; mais durant les vingt-trois ou vingt-quatre jours de son existence on a été obligé plusieurs fois de ranimer cet enfant, mort pour être venu au monde trop tôt.

Je déclare à la mère, que, malgré ma répugnance pour les interventions offensives, je l'abandonnerai, si elle devient enceinte, à la symphyséotomie ou à toute autre opération.

1907. — On parait préférer aujourd'hui, sous certaines conditions, la césarienne à la séparation du pubis.

OBSERVATION LVI

Phlegmon suppuré du bassin, de la cuisse, et de l'articulation coxo-fémorale. — Traitement classique et intervention chirurgicale, néfastes.

1889. — Le 12 Février Mme M... m'a prié de voir sa femme de chambre récemment accouchée chez une matrone, sans intervention opératoire.

Nausées. Lochies un peu fétides. Température oscillant entre 37° 6 le matin et 39° le soir. Seins gorgés de lait, ce qui est, en règle, de bon augure au point de vue de la gravité de l'intoxication. Ligaments larges sensibles. Utérus en subinvolution, trop gros, sans élasticité.

Mon diagnostic est : infection tendant à se localiser, soit autour de l'utérus (phlegmon), soit dans les membres inférieurs (phlébite), avec errements possibles au poumon (infarctus) ou ailleurs. La phlébite crurale vaudrait mieux que le phlegmon.

Malheureusement les dixième, quinzième et vingt et unième jours, époques ordinaires de l'éclosion des accidents phlébitiques, se passent sans manifestations de ce genre, et, plus malheureusement encore, le paramètre s'empâte. C'est bien un phlegmon qui se prépare.

Comment évoluera ce phlegmon ? Comment l'arrêter ?

La marche des affections péri-utérines est obscure à l'heure où j'écris ces lignes, et la thérapeutique encore plus (1).

J'ai lavé l'utérus dès le début, posé des sangsues, frictionné le ventre avec de l'onguent napolitain. Cautère sur jambe de bois. Il ne reste que l'expectation et l'intervention chirurgicale. L'expectation ! C'est-à-dire la thérapeutique du hasard qui laisse aux tissus le loisir de s'engorger et au pus peut-être encore absent, celui de se former, de décoller les tissus, de fuser où il lui plaira, et s'il prend un bon chemin, de s'évacuer par le rectum après deux, trois, six, douze et même dix-huit mois de lit, avec intermittences de fièvre, poussées de pelvi-péritonite et déchéance lente de l'état général.

L'intervention chirurgicale ! C'est-à-dire, si elle est immédiate, une pure folie ; si elle succède à l'expectation plus ou moins prolongée, l'évacuation, dans le cas où le foyer purulent est sûrement reconnu et accessible ; affaire de chance ; alors, peut-être la guérison, plus probablement le passage à une chronicité désastreuse avec perspective de ce qu'on appelle la gynécologie de l'avenir, ou ablation radicale des organes génitaux. Si par malchance, le foyer n'est pas facilement décelé et accessible, alors... tous les hasards, et les délabrements les plus considérables.

Comme il n'y a pas autre chose à faire, résignons-nous à cette thérapeutique d'aventures. Je demande du temps, beaucoup de temps, des mois, s'il le faut, pour la guérison ; je fais des réserves à son sujet et j'attends les événements.

1. Aujourd'hui, pour moi, la thérapeutique n'est plus obscure. Cette malade aurait dû être traitée par la kinésithérapie (1907.)

Ceux-ci ne présentent rien d'extraordinaire en Février et Mars. Température oscillant entre 37° et 39°, les ascensions correspondant aux poussées péritonitiques, à l'apparition ou augmentation de la douleur, des nausées avec ou sans vomissements. L'état général reste bon.

Au point de vue local, il y a un plastron abdominal à droite. Ce plastron remonte jusqu'à l'ombilic. La paroi vaginale droite et le cul-de-sac correspondant sont indurés, ligneux.

Au début d'Avril, la jambe de la malade tend à se fléchir sur la cuisse,et la cuisse sur le bassin. Je dois dire que dès le dixième ou onzième jour elle se plaignait du membre inférieur droit. A cette époque, j'espérais encore l'apparition d'une phlébite, et j'étais ennuyé de ne trouver aucune trace d'œdème malléolaire, aucune élévation locale de température en même temps que cette douleur.

Le 15 Avril, membre de plus en plus rétracté et douloureux à la moindre extension. Attitude des coxalgiques. Serait-ce un psoïtis? Je n'en ai jamais vu. Consultation avec O..., chirurgien.

En raison de la lenteur avec laquelle s'est produite la rétraction, il pense à une lésion voisine du psoas réagissant sur le muscle et non à la formation du pus dans la gaine du muscle : Attendre encore.

A la fin d'Avril et dans les premiers jours de Mai, le cul-de-sac vagino-utérin reprend sa souplesse, mais le 13, à la suite d'une violente crise de douleurs, une barre de tissus, rigides comme fer, sous-tend l'arcade crurale.

O... déclare qu'il est temps d'intervenir. Incision au-dessus de l'arcade crurale, prudente, couche par couche. O... va ainsi à la recherche du pus qu'il ne trouve pas. Alors, ponction profonde, aspiratrice, sans résultat. Il s'arrête, laisse l'aponévrose du grand oblique incisée, pour faciliter la sortie du pus, s'il fuse de ce côté et recoud la paroi abdominale par-dessus un drain couché dans les tissus. Affaiblissement de la malade sous le

chloroforme. A partir de ce moment, la résistance déjà amoindrie décline.

Dix ou douze jours après l'opération, une odeur de pus se répand. On lève le pansement. Des flots fétides s'écoulent avec peine par la plaie en partie reformée. O... la rouvre, cherche la collection, lui fournit une issue facile. Un torrent s'échappe. Drain plongeant profondément dans le bassin. Irrigation. Pus toujours abondant. La jambe reste rétractée, les douleurs sont aussi vives.

Vers le 28 Mai, O... pratique l'extension continue et douce du membre inférieur, avec un poids de 250 grammes. Douloureuse, l'extension relative se fait sans difficulté. Mouvements spontanés impossibles.

Le pus augmente ; la fétidité, signe de clapier, reparaît. La cuisse s'élargit à la racine. O... est d'avis de pratiquer une nouvelle opération pour vider le clapier. Il hésite entre une fusée dans les tissus du haut de la cuisse, ou dans l'articulation même... chose grave.

On explore, sans avantage, sous chloroforme. Le grand trochanter n'est pas douloureux à la pression. Les coups sur le talon ne sont pas ressentis par la malade dans l'articulation coxo-fémorale. On espère donc qu'elle est indemne.

O... découvre un clapier dans le haut de la cuisse. Trois fois il se prépare à passer un gros trocart pour faire une contre-ouverture. Trois fois il s'arrête par crainte de blesser les vaisseaux fémoraux. Il vide le clapier par pression, et installe une gouttière de Bonnet. Nous sommes au 15 Juin.

Huit jours plus tard, la malade est transportée à la campagne. Voyage horriblement douloureux, à cause des cahots. J'apprends que O... par une nouvelle opération a constaté le pus dans l'article. Ouverture et nettoyage. Résection timidement proposée à cause de l'énorme raccourcissement qui en serait la conséquence.

29 Juillet. — J'ai revu la malade. O... l'a condamnée et l'entourage a appelé un empirique qui donne des simples. Bouffissure de la face. Tuméfaction de la région parotidienne gauche.

Ouverture récente d'un nouveau foyer dans le haut de la cuisse par O... La fin est proche.

1907. — La kinésithérapie aurait-elle sauvé cette femme ? D'après mon expérience actuelle, c'est probable. En tout cas, comme le dit la note de la page 253, elle serait en pareil cas le meilleur traitement.

OBSERVATION LVII

Avortement. — Expulsion retardée d'un germe dont l'évolution a été très courte. — Accouchement. — Chloroforme. — Forceps. — Cordon saisi dans les cuillers. — Précepte théorique inapplicable. — Septicémie par rétention des membranes. — Mammite primitive.

1889. — Madame V..., multipare, m'avait appelé l'an dernier parce que ses règles n'étaient pas apparues depuis deux mois et qu'elle perdait du sang, en petite quantité. Je l'avais mise au lit. L'hémorragie s'arrêta. Ni eau, ni glaires. Mme V... ne souffrait point, lorsqu'elle expulsa, peu de jours après, un œuf gros comme une petite noix. La membrane extérieure de l'enveloppe présentait un trou borgne, circulaire. Était-ce l'ombilic de la caduque ovulaire ? J'ai vivement regretté la perte de la pièce car je conclus de l'insignifiance de l'écoulement sanguin — quelques gouttes, une fois seulement, — de la petitesse de l'œuf, de la consistance du col utérin, presque dur, qu'il s'agissait d'un germe arrêté dans son développement dans les tout premiers temps, et expulsé plusieurs semaines après cet arrêt.

La grossesse suivante s'est passée sans autre incident qu'une

version céphalique par manœuvres externes aisément faite à la fin du septième mois.

Accouchement, le 11 Juillet. D. P. : 28 Juin; D. E. : 17 Juillet; *tædious labor*. Aucune énergie. Faibles douleurs encore diminuées par le chloroforme, réclamé à grands cris. Campbell, promoteur du chloroforme dit « à la reine », était ami de Mme V..., et l'avait accouchée précédemment. L'insuffisance des contractions m'oblige à une application de forceps au détroit inférieur, en position directe, opération pendant laquelle les souffrances sont nulles sauf au moment où la tête franchit l'orifice vulvaire. Même lorsque la sensibilité était supprimée, Mme V... conservait pleine conscience.

Ce n'est pas la première fois que je constate cet effet du chloroforme pour rire. Suggestion ? Anesthésie par le médicament? Les deux peut-être. Si cette action était générale, au lieu d'être individuelle, que de douleurs évitées ! Malheureusement pour quantité de femmes la dose massive, résolutive, est nécessaire; de plus, même « à la reine », il diminue parfois la puissance contractile. Aussi par crainte d'hémorragies *post partum*, je ne le conseille qu'aux femmes dont les douleurs sont subintrantes et atroces. Alors je l'impose ; car j'ai vu, surtout si la dilatation tarde, l'enfant tué par ces contractions incessantes qui sont presque de la contracture.

Je me disposais à une opération lente ; sûr de ma saisie j'admirais d'avance le parfait fonctionnement de l'instrument de Tarnier, au détroit inférieur. Les battements du cœur fœtal, que la sage-femme devait surveiller, étaient excellents. Je saisis la poignée, et resserrai, après essai, la vis de préhension un peu relâchée suivant la règle. L'extraction commença. J'allais tout à mon aise, quand, brusquement, du liquide amniotique et une bouillie méconiale s'écoulent. La sage-femme ausculte. Cœur muet. Je me hâte et achève. Il était temps. J'avais pincé le cordon dans l'une des cuillers. Son bec mordait un circulaire.

Il est écrit, — et tous les livres copient les uns sur les autres

ce précepte classique — : « le forceps appliqué, assurez-vous par le toucher que la tête est saisie, seule saisie, bien saisie. » J'ai répété cela comme les autres, tant que la théorie, la mémoire des mots inconsciemment répétés, le respect inintelligent de l'autorité, ont tenu la première place dans mon enseignement. Ce précepte est absurde, je ne l'ai jamais appliqué, tout en l'enseignant en vrai perroquet. Je puis affirmer que son auteur ne l'appliquait pas. Personne ne l'applique... parce que c'est impossible. Dites : le forceps doit saisir la tête, la saisir seule, la bien saisir; mais ne dites pas qu'on s'assure de cette bonne exécution par le toucher quand les deux premiers temps de l'opération sont terminés. Ne faites pas de cet examen, que les maîtres fumistes simulent pour la galerie, un troisième ou quatrième temps sacramentel précédant celui de l'extraction.

Au détroit supérieur, et dans l'excavation, la main introduite pour la mise en place des cuillers, et accompagnant, guidant, cette mise en place, la direction et l'écart des manches après articulation, indiquent seuls et indiquent sûrement si la tête est saisie et bien saisie.

A la vulve, il est douloureux, inutile, et même souvent impossible à moins de violence, d'introduire toute la main pour placer les cuillers. Quatre doigts et l'habitude de faire glisser chaque cuiller comme un cathéter rendent facile la mise en place. La saisie et la bonne saisie se font presque automatiquement.

Quant à savoir si la tête est seule saisie, ce n'est pas non plus le toucher uni-digital après mise en place du forceps qui peut renseigner : C'est encore la main quand on peut l'introduire aisément et à fond pour la mise en place. Cette main distingue les procidences de petit membre ou d'anse funiculaire.

Mais, qu'est-ce qui permettra de distinguer les procidences qui se produisent après la mise en place des cuillers, avant l'articulation? Rien, puisque le toucher uni-digital est manifestement insuffisant. Et qui peut atteindre, et diagnostiquer s'il les atteint, des circulaires enfouis dans le pli dorso-cervical, et dont une

anse lâche s'insinue entre la région pariéto-malaire et la cuiller? Personne ; puisque le toucher uni-digital est manifestement insuffisant.

Donc, l'auscultation seule, pratiquée par un tiers pendant toute application de forceps, avant l'articulation, pendant l'articulation et au début des tractions, peut avertir l'accoucheur de l'accident auquel l'enfant de Mme V... aurait pu succomber. De plus je crois qu'il y aurait avantage, comme je l'ai dit ailleurs, à rendre au forceps Tarnier les cuillers courtes dont il était pourvu avant que la forme de Stoltz eût été adoptée. Ce long instrument, profondément introduit, atteint aisément le cou, qu'il ne devrait pas atteindre, laisse des vides, n'épouse la région pariéto-malaire qu'après l'inévitable glissement qui oblige à resserrer la vis de préhension au début des tractions. Dans de telles conditions ne peut-il agripper et entraîner un circulaire lâche, ou recevoir dans les vides qu'il laisse, une anse subitement prolabée?

Blanc, mais vite ranimé par la chaleur, le nouveau-né de Mme V... ne tarda pas à crier vigoureusement.

La délivrance est faite tardivement, une heure au moins après l'accouchement. Pas d'hémorragie malgré le chloroforme et l'inertie relative ; mais les membranes sont adhérentes, et je laisse dans l'utérus un grand lambeau attaché par un fil. Dès le lendemain soir, 38°1. Je tente une injection intra-utérine avec la sonde plate et malléable de Pinard et Varnier. Impossible de pénétrer dans le corps utérin. Nouvel essai le lendemain. Nouvelle irrigation intra-cervicale. J'y renonce et me contente des vaginales (1).

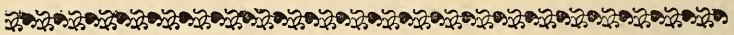
Tous les soirs pendant six jours : 38° ; mais le matin la température est inférieure à 37°. Elle serait montée au delà de 38° le soir sans l'antipyrine, utile pour le bien-être qu'elle procure, mais qui fausse le thermomètre. Abondante sécrétion lactée. Du

1. La sonde en question est trop large pour pénétrer sans effraction quand le col déjà en involution est peu perméable. Celle de Doléris pénètre plus aisément (1906).

huitième au dixième jour, les injections vaginales entraînant jusqu'alors d'insignifiants débris de membranes, font sortir de vieux caillots fétides et des membranes en putrilage. Le retrait de l'utérus ne s'était pas ralenti un seul jour.

Revenue de suite à la normale, la température s'éleva de nouveau, et cette fois à 40°. Mammite menaçante. Le douzième jour : aggravation ; le pansement humide et la suspension élastique, ouatée, des seins n'ayant pas été rigoureusement appliqués. Je rends la garde responsable et dis en sa présence à la famille que si l'abcès se forme, la faute en sera au manque de soins. Dès le lendemain, retour de la température à la normale. J'engage à n'abandonner, ni le pansement, ni le bandage, ni le décubitus dorsal, parce qu'un noyau d'induration persiste. Mme V... et sa garde, insouciantes, négligent cette précaution. Vers le vingtième jour formation rapide d'un volumineux abcès, ouvert par le chirurgien O... (1).

A aucun moment, le mamelon n'a été douloureux. Pas de lymphangite apparente. Pas de gerçure, ni visible à la loupe, ni fermée par une de ces petites masses épidermiques taillées en cône, qui forment bouchon, et, expulsées, laissent une cavité cratériforme saignante. Donc l'inflammation de la glande paraît primitive dans ce cas.



OBSERVATION LVIII

Grand bassin. — Ventre énorme. — Fœtus de cinq kilogs. — Accommodation nulle. — Version podalique. — Torsion cervicale inoffensive. — Un disciple de Pangloss.

1889. — C'est A... qui a soigné Mme P... pendant la dernière grossesse. L'accommodation ne se serait faite que dans les der-

1. « Vers le vingtième jour », « formation rapide », sont à remarquer. Le molimen a fait sentir son influence (1906).

niers jours ou même dans les dernières heures. Présentation du sommet comme dans les accouchements précédents.

Grossesse.— R. T. : 10 Octobre ; D. P. : 11 Juillet ; D. E. : 30 Juillet. Appelé au début de juillet, je constate que le ventre est énorme et qu'il n'y a point de tendance à l'accommodation. Tête au-dessus du détroit supérieur. Je pense à une grossesse double, mais ne trouve pas de second fœtus. Examen difficile, non par l'inaccessibilité des régions fœtales ou l'épaisseur des parois, mais parce que Mme P... n'y met aucune complaisance. Promptement agacée par le palper, elle me semble femme à ne se laisser ennuyer par personne, ni par son mari, ni par ses domestiques, y compris le médecin. Il faut que tout marche à son idée, et si quelque chose cloche, ce sera la faute des autres, jamais la sienne. Mr P..., de son côté, en bon disciple de Pangloss, est convaincu que tout doit aller pour le mieux dans le meilleur des mondes possibles.

En sortant je lui exprime mes craintes. Je demande à constater, d'abord, si décidément il n'y a qu'un fœtus ; ensuite, à déterminer l'engagement de la tête ou tout au moins à la maintenir au niveau de l'aire du D. S. — Bah ! répond Mr P..., mon cher docteur, tout s'est bien passé aux accouchements précédents ; tout se passera bien à celui-ci ; revenez bientôt, seulement pour contenter ma femme. Dites-lui que tout est pour le mieux.

Je reviens une fois, deux fois, trois fois et Mme P..., à laquelle Mr P... ne cesse de répéter — tout est pour le mieux — se laisse examiner de moins en moins. A peine mes mains sont sur le ventre qu'elle tire la couverture. Alors je prends Mr P... à part et lui dis : « Si vous voulez que je continue mes visites, il faut que j'en explique l'utilité à Mme P..., sans quoi, elle finira par me trouver insupportable, et elle n'aura pas tort. Pourquoi, en effet, venir promener mes mains sur son ventre tous les deux jours si tout est pour le mieux ! Nul besoin de l'effrayer. Je lui dirai qu'elle n'a rien à craindre mais que son enfant serait exposé si la tête ne descendait pas avant l'accouchement.

— Parfait, mon cher docteur; c'est bien raisonné; mais... tout ira bien. Enfin faites ce que vous voulez.

Mme P..., prévenue, se laisse mieux examiner, et tire moins vite la couverture. Décidément le fœtus est unique et des plus gros. Aucune tendance à l'engagement. La tête reste au-dessus du D. S., haut placée, presque au niveau de l'ombilic. Je m'assure que Mme P... urine fréquemment et par conséquent que la vessie pleine ne fait pas obstacle à la descente. Il me paraît sage de mettre la ceinture eutocique ou un bandage approprié pour maintenir la tête sur la ligne médiane, car je ne crois pas qu'on puisse la contraindre à descendre. On dirait que le segment inférieur de l'utérus n'a aucune tendance à se creuser. Je déclare à Mr P... qu'il importe de mettre un bandage.

— Vous croyez donc, mon cher docteur, que l'accouchement peut offrir des difficultés. Ce serait étonnant.

— Ce ne serait pas étonnant, au contraire.

— La dernière fois le Dr A... avait les mêmes craintes que vous et tout s'est bien passé. Tout se passera bien encore.

— C'est possible: mais ce n'est pas certain. Plus on met de chances de son côté, mieux cela vaut.

— Vous avez raison; mais... tout ira bien. Donnez-moi des adresses pour la ceinture, et revenez, revenez bientôt.

Je reviens le lendemain ; pas de ceinture : le surlendemain : pas de ceinture. Alors, j'improvise un bandage composé d'une bande de toile fine avec sous-cuisses, et de deux tampons d'ouate. Mme P... m'a affirmé qu'elle l'avait gardé deux heures. Je n'en suis pas sûr. Enfin elle déclare qu'elle ne peut supporter cette gêne.

— Alors, dis-je à Mr P..., il n'y a plus qu'à attendre. S'il y a lieu, j'interviendrai pendant le travail puisque je ne puis intervenir pendant la grossesse.

— C'est cela; ça revient au même.

— Ça revient au même pour moi. Il m'est indifférent d'inter-

venir pendant le travail ou pendant la grossesse; mais cela n'est pas indifférent à l'enfant.

— Vous croyez?

— J'en suis convaincu.

— Que peut-il arriver ?

— L'enfant peut se présenter par le siège, ou par l'épaule.

— Vous croyez ?

— J'en suis convaincu.

— Jamais ce n'est arrivé à ma femme.

— Ce n'est pas une raison.

— Vous verrez, ça n'arrivera pas. Je la connais. Elle est faite pour avoir des enfants. Je vous en promets un tous les ans. Que craignez-vous encore ?

— Si la poche des eaux se rompt prématurément, le cordon peut être entraîné... un membre descendre le premier...

— Mais, mon cher docteur, jamais ces choses-là ne sont arrivées à ma femme!

— Ce n'est pas une raison pour qu'elles n'arrivent pas.

— Vous croyez ?

— J'en suis convaincu.

— Mais enfin, tout peut se passer naturellement?

— Cela peut être. Je vous préviens d'accidents possibles, mais non inévitables. Seulement c'est le hasard qui les fera éviter...

Accouchement. — Le 25 Juillet, à minuit; je suis réveillé en sursaut par deux violents coups de sonnette. Je me lève; j'ouvre c'est Mr P..., en personne.

— Docteur, je suis venu m'assurer que vous êtes chez vous. Une chose inexplicable vient de se passer. Ma femme se promenait avec moi aux Champs-Élysées, quand tout à coup elle a perdu une énorme quantité d'eau. Comprenez-vous? Jamais aux accouchements antérieurs, nous n'avons vu ça ?

— Je comprends très bien. La poche des eaux s'est rompue.

— Que faut-il faire ?

— Coucher Mme P..., et qu'elle ne se lève sous aucun prétexte,

pas même pour satisfaire un besoin. Vous me ferez prévenir si les douleurs commencent.

Vers trois ou quatre heures on m'envoie chercher.

— Eh bien ? dis-je à Mr P..., en arrivant, est-ce que le travail avance ?

— Peuh ! les douleurs ne sont pas très fortes ; mais ce que nous ne comprenons ni ma femme ni moi, c'est que quelque chose remue entre ses jambes. Elle croit que c'est une main. Qu'en pensez-vous ?

— Je pense que ce doit être une main ou un pied.

— C'est inconcevable... Jamais aux autres accouchements...

— C'est la réalisation de ce que je craignais. Allons voir.

L'enfant de Mme P... se présentait par le siège décomplété, mode des pieds, en S. I. D.

Les jambes étant hors de la vulve. On mit Mme P..., en travers du lit dans la situation obstétricale. La garde et Mr P... me servaient d'aides. Je donnai l'ordre d'avoir sous la main des linges brûlants, et assis en face de la vulve, je commençai la surveillance. A en juger par les membres inférieurs, le fœtus était énorme. J'avais prévenu Mr P... des grosses difficultés qu'on rencontrait parfois dans ce genre de présentation. Je lui avais dit qu'il ne fallait pas compter sur l'enfant. Lorsque l'ombilic dépassa la vulve, je constatai que le cordon avait cessé de battre.

Jusqu'alors perçus par la garde, les battements du cœur cessèrent aussi. Il fallait donc intervenir, et l'enfant était volumineux, les douleurs très espacées. Vaste cavité pelvienne pour compenser. Saisissant les deux cuisses avec un linge, je commençai l'extraction. Dos tourné à droite. Le bras antérieur se releva. Je dus aller à la recherche du bras postérieur, en introduisant en arrière toute la main.

Il fut saisi et extrait non sans peine. J'eus le tort de tenter d'abord cette manœuvre avec un doigt. Il faut mettre la main quand on peut, et on le pouvait. Il me semble que je tâtonnais pendant plusieurs minutes. Ces minutes n'étaient peut-être que

des secondes, mais, à pareil moment, les secondes paraissent des siècles. Le bras postérieur dégagé, l'antérieur fut extrait sans peine.

L'enfant flasque , à cheval sur mon avant-bras gauche, j'allai avec l'index droit dans la moitié gauche du bassin — j'ai dit que le dos était à droite — à la recherche de la bouche. Elle n'y était pas. C'était l'occiput. Je le refoulai probablement en introduisant mes doigts, fléchissant ainsi la tête, car la face se dégagea presque aussitôt, et je regardai avec stupéfaction ce cou tordu, et cette bouche qui se trouvait sur le prolongement de la colonne vertébrale. L'enfant était blanc et à l'état de chiffon. Le cordon lié et coupé, j'eus la bonne fortune de ranimer à l'aide de linges brûlants cet énorme gars qui pesait cinq kilos

Mr P... était de la même couleur que son enfant. Il me rejoignit dans la chambre voisine, et, s'épongeant le front :

— Merci mon cher, cher docteur ! Eh bien ! vous le voyez... tout a été pour le mieux... ; mais, n... de D... vous ne me convierez plus à pareille fête !

Envolée, la promesse d'une grossesse par an.

L'enfant de Mme D... a crié d'un cri vigoureux. Il ne s'est ressenti ni de son asphyxie, ni de l'extraordinaire torsion de son cou (Voyez obs. LIX).

Mme P... s'est fort bien rétablie ; « ce qui n'est pas étonnant, dit son mari, elle se rétablit toujours bien. »

Optimiste par couardise, cet homme était incorrigible. Il m'en donna une dernière preuve.

Mme P... ayant eu une série de furoncles, je demandai qu'on fît l'examen des urines.

— Pourquoi faire ? dit Mr P...

— Pour savoir si elles contiennent du sucre.

— C'est impossible ! Jamais il n'y en a eu.

Je le regardai en riant :

— Il n'y avait jamais eu, ni rupture prématurée, ni présentation vicieuse ; et pourtant Mme P... a perdu un flot de liquide au

milieu des Champs-Élysées, et l'enfant a fait... de l'opposition dès la naissance, comme M. Thiers qui passe pour avoir présenté le derrière au monde, en y venant.

Mr P... a ri à son tour ; mais je suis certain qu'il ne fera pas examiner les urines.

J'ai revu Mr P... à l'occasion du vaccin. Je lui ai demandé s les urines avaient été analysées.

— Pas encore, m'a-t-il répondu. Elles étaient si laides! Nous attendons qu'elles soient devenues plus belles !

Ayant lu dans un dictionnaire d'archéologie que les Romains donnaient le nom d'Agrippa et d'Agrippine aux enfants qui s'asseyent dans la vie, Mr P... s'est conduit en Romain ; son garçon s'appelle Agrippa.

OBSERVATION LIX

Procidence d'un poing butant contre la commissure vulvaire postérieure. — Traction sur le cou pour abaisser l'épaule antérieure. — Mort du fœtus. — Torsion n'est pas traction.

1889. — Aujourd'hui, 31 Juillet, j'ai accouché une primipare cliente de R... Le travail a été rapide et régulier. La tête s'est dégagée sans lésion périnéale. Rotation spontanée des épaules ; mais leur dégagement s'est trouvé entravé par la procidence du poing, qui, fermé, butait contre la sangle périnéale. Le fœtus avait déjà tenté un effort inspiratoire, inutile puisque la poitrine était comprimée dans les voies génitales comme dans un étau.

Comment dégager artificiellement les bras ? Impossible d'introduire l'index entre les branches du pubis et le cou jusqu'à l'épaule antérieure et de saisir puis abaisser sous la symphyse cette épaule avec le doigt mis en crochet dans l'aisselle.

D'autre part, saisir le poignet de la main qui butait contre la

commissure postérieure, et faire sortir l'avant-bras puis le bras, puisqu'on ne pouvait dégager, suivant la bonne règle, le bras d'abord, et l'avant-bras ensuite, c'était rompre le périnée et peut-être fracturer le membre. Cela aurait mieux valu. Un exemple antérieur aurait dû me faire prendre ce parti.

J'usai au contraire, du procédé classique des tractions sur le cou pour abaisser l'épaule antérieure. Je m'y décidai non sans appréhension, car, depuis l'accident qui m'est arrivé (obs. XLV, XLIX), j'ai lieu de penser que ces tractions, même modérées, peuvent être mortelles. Mes appréhensions se sont, par malheur, confirmées.

Je tirai donc en bas pour amener sous la symphyse l'épaule antérieure. J'étais mal placé; l'accouchée n'étant pas en travers du lit. Je tirai d'abord très modérément, puis, plus fort, une nouvelle tentative d'inspiration m'apprenant qu'il fallait se hâter. Cependant mes tractions n'étaient pas énergiques et j'en ai vu de violentes n'avoir aucune conséquence fâcheuse.

Ma main et mon oreille perçurent un léger craquement, comparable à celui que l'on sent et entend quand on fracture un membre en l'abaissant.

L'épaule antérieure s'abaissa ; le bras postérieur se dégagea. Fœtus blanc, ranimé au moyen de linges brûlants, mais qui ne criait pas avec vigueur, et respirait mal. Quelques heures plus tard, asphyxie menaçante, et en définitive, mort, le lendemain.

Pour l'opération du dégagement des bras, abaissement de l'épaule antérieure ou recherche du bras postérieur, il faut être, comme pour toute opération, à son aise ; notamment pouvoir abaisser son propre coude, ce qui est impossible quand la femme est étendue, même si le siège est élevé sur des draps.

Le lit de misère, le vrai lit de misère, étroit et dont l'un des matelas est plié en double, le siège de la femme surplombant. était bien conçu au point de vue de certaines interventions, Nous l'avons remplacé par le lit ordinaire, pour éviter le transport après l'accouchement. Ce transport a des inconvénients

quand il est mal fait ; si la femme prise dans les bras, se cramponne, fait effort, elle perd du sang. On peut agir autrement. Nos draps de siège ne valent pas le matelas plié en double, du lit de misère.

1907. — On trouvera deux cas analogues dans les observations XLV et XLIX, et diverses considérations sur le sujet.

A rapprocher l'extraordinaire et inoffensive torsion du cou relatée dans l'observation LVIII ; mais torsion et traction ne sont pas même chose. Budin, si je ne me trompe, à la Maternité, a fait, sur le cou de quelques fœtus, des expériences prouvant que la torsion des vertèbres peut être poussée fort loin sans inconvénient, sans doute parce qu'elle se répartit sur une certaine longueur de l'axe spinal. Tordre un fil de métal carré, long de 10 millimètres, ne produit pas le même effet que la torsion d'un même fil, long de 20 ou 30 centimètres. Dans ce dernier cas le fil ayant été tordu d'un demi-tour, les arêtes ne forment qu'une invisible spire.

OBSERVATION LX

Chloroforme. — Forceps.

1889. — Le 8 Octobre j'ai été appelé auprès de Mme S... en travail. Accouchement prématuré. Quinze jours d'avance au moins. R. T.: 24 Janvier; D.P.: 25 Octobre ; D. E.: 13 Novembre.

Dilatation rapide malgré des contractions peu accusées. Très pusillanime, Mme S... se plaint vivement et demande avec instance du chloroforme. Je refuse d'abord, par appréhension des hémorragies. A la dilatation complète le travail s'arrête. Nouvelles instances de Mme S... qui réclame le forceps au moyen duquel

on l'a délivrée jadis d'un premier enfant. J'accorde l'opération que l'insignifiance des progrès pendant une heure indique, et je cède pour le chloroforme parce que Mme S... affirme qu'elle perd la sensibilité dès les premières inhalations. Elle la perd peut-être, même sans anesthésique. J'ai vu bon nombre de femmes devenir insensibles, mais conservant la conscience. Or Mme S... n'eut pas respiré dix gouttes de chloroforme qu'elle entra en résolution complète, sans la moindre agitation préalable. Cette femme qui, à l'en croire, souffrait atrocement, ne s'est même pas aperçue de l'opération et n'a pas fait un mouvement. Ses membres ressemblaient à des chiffons. Elle ronflait et a failli avaler sa langue. Je n'ai jamais vu intervention plus facile. O. I. D. P. réduite aisément en O. I. D. A. par la méthode Loviot-Tarnier. J'ai donc appliqué la branche droite la première suivant la règle classique.

Contredire cette règle, tourner de propos délibéré, la concavité des bords des cuillers vers l'occiput et introduire la cuiller droite la première pour les O.I.D.P., la gauche pour les O.I.G.P, même quand la rotation ne se fait pas, dans l'espoir que la cuiller fera levier et ramènera l'occiput à l'extrémité du diamètre transverse ou sur l'éminence iléo-pectinée, est un mauvais procédé. Nouvelle preuve m'en a été donnée hier 13 Octobre (1).

J'accouchais Mme A... Ayant jugé l'application du forceps nécessaire parce que la tête placée en O.I. D. P. était arrêtée depuis trois heures sur le plancher périnéal, bien que la dilatation fût complète, je me décide, non sans hésitation, après tentative infructueuse de rotation avec l'index (Tarnier), puis avec la main (Loviot), à appliquer la branche droite la première, suivant le conseil donné par ce dernier, pour déterminer l'occiput à pivoter. Malgré divers insuccès passés, j'ai un vague espoir, la fontanelle antérieure étant assez élevée, ce qui prouve que la tête est fléchie.

Il est résulté de cette opération ce que j'ai vu déjà en deux occasions.

1. Le lecteur peut l'ajouter à celle des observations XXXIII, XLV, XLVII, LIII, LIV.

La tête a pivoté mais en O. S. et a été ainsi extraite, très péniblement, très lentement, sans conséquences fâcheuses pour la mère ni pour l'enfant. Celui-ci geignait pourtant à sa naissance. Les cris vigoureux se sont fait attendre ; mais l'application étant régulière, la pire des compressions, celle qui s'exerce par les becs, ou par l'inexacte adaptation des cuillers, n'existait pas.

De ce fait et de mon expérience clinique je conclus :

1° Que l'application de forceps n'est dangereuse pour les fœtus de vitalité normale, que si les cuillers saisissent la tête irrégulièrement.

2° Que la seule règle clinique pour l'application de l'instrument est d'embrasser les régions pariéto-malaires, idéal forcément atteint dans les positions directes, assez aisément dans les obliques antérieures, dont on peut se rapprocher dans les obliques postérieures et que j'ai réalisé deux fois sur les transverses, au détroit supérieur, malgré viciation.

3° Que l'article publié par moi il y a quatre ans (1), à propos du conseil donné par Loviot, est un bon article. Je m'y élevais avec force non contre l'idée de réduction manuelle qui me semblait parfaite, mais contre celle de placer systématiquement la branche droite la première dans les D.P. et la branche gauche dans les G. P. Cette idée me semblait mauvaise au point de vue clinique et mauvaise encore au point de vue didactique.

Je disais que Loviot — s'il respectait le principe immuable de la saisie régulière — n'innovait pas et rentrait dans la règle classique en formulant O. D.— C. D ; O. G.—C.G. car, ayant réussi à déloger l'occiput avec la main, il opérait sur des positions antérieures ou transverses et non sur des postérieures.

Quant à la méthode réellement nouvelle qui consistait à introduire systématiquement, après échec de la réduction manuelle, la branche droite la première pour les droites postérieures et la

1. *Union médicale*, 10 mars 1885.

gauche pour les gauches, j'exprimais la crainte qu'elle ne favorisât, si la tête mal fléchie et asynditique restait enclavée, l'application irrégulière, dangereuse pour l'enfant, ou que l'occiput ne roulât dans la concavité sacrée.

Voilà ce que la logique, une grande habitude du fantôme, un peu d'expérience clinique, et trois essais de la méthode, me dictaient. C'était insuffisant. Je n'aime pas la critique *ex cathedra.* Entraîné par les conseils de mes amis, par l'exemple de maîtres qui essayaient, sans mot dire, le nouveau procédé, subversif de la loi d'introduction des cuillers, et surtout par l'enseignement de Tarnier, vieux praticien, j'ai renouvelé mes tentatives, et une expérimentation persistante m'a montré qu'en définitive la logique avait raison.

Dans quelques cas, succès : la tête complaisante sous l'impulsion de la main, tourna en avant, et je me trouvai opérer classiquement des positions antérieures. Lorsque la complaisance fit défaut, il y eut application irrégulière, blessure et même mort fœtale (Obs. XLVII et LIV), ou rotation en arrière et extraction dangereuse pour la mère et l'enfant, par son excessif labeur.

Aujourd'hui, je dis : non, décidément, au point de vue du forceps j'en reste à l'enseignement des cours privés de Pinard ; la maîtrise didactique n'en est pas discutable. Elle m'a servi de guide pour les élèves, à l'École pratique et à la Clinique. A mesure que mon expérience se formait, j'ai ajouté à cet enseignement du mannequin, celui des difficultés spéciales à la clinique, les reproduisant, quand je pouvais, pour les mieux mettre en lumière.

Un bon opérateur doit d'abord être en possession de la didactique (1).

Il se perfectionne ensuite cliniquement. Bien des règles peu-

1. Le livre fondamental de Farabœuf et Varnier (Steinheil, Paris) la donne dans toute sa perfection.

vent être transgressées impunément, et ces transgressions sont parfois l'indice de l'adresse et du bon sens. Mme Lachapelle à qui nous devons l'admirable mouvement de spire, en a donné des exemples d'un grand intérêt pour les spécialistes ; mais plus clairs et plus détaillés ils en offriraient davantage. Toujours est-il que, par exemple, elle introduisait tantôt la branche antérieure, tantôt la postérieure, la première (1).

En somme deux règles seulement doivent hanter l'opérateur :

1° L'introduction des cuillers comme des cathéters ;

2° La saisie pariéto-malaire.

OBSERVATION LXI

Opthalmie purulente survenue après une aspersion d'eau malpropre.

1889. — Depuis que j'emploie les instillations de jus de citron pur dans l'œil des nouveau-nés, j'ai banni de ma clientèle l'opthalmie purulente. Les injections aseptiques vaginales, et les savonnages vulvaires pendant le travail, ont aussi contribué à ce bon résultat ; mais le principal mérite revient au jus de citron. Rien de plus simple. Au moment de la première toilette on lave avec soin les paupières supérieures et inférieures, pour que l'enduit, sébacé, gras, n'expose pas les doigts qui ouvrent l'œil, à glisser. Sans cette précaution aucune force ne prévaut contre celle du fœtus qui clot énergiquement les paupières. On presse directement le fruit au-dessus du globe oculaire sur lequel coule un jus abondant qui emplit les culs-de-sac conjonctivaux.

1. Je donne dans l'observation LV un exemple d'application de forceps sur une O. I. D. T. dans laquelle je plaçai la branche gauche la première.

Le nouveau-né en fermant les yeux se charge d'aseptiser toute la muqueuse.

Voici un exemple d'ophtalmie tout à fait inattendu.

Mme V... a eu un accouchement spontané, rapide, propre, et des suites de couches physiologiques. Vers le dixième jour, l'enfant, dont les yeux avaient été absolument nets jusque-là, est pris d'ophtalmie purulente, extrêmement grave dès la quinzième heure, malgré quinze lavages au biiodure commencés de suite. Le pus dont la formation a été immédiate, jaillit des paupières tuméfiées quand on les écarte pour les nettoyer. J'appelle immédiatement Y..., qui se charge du traitement, sans pouvoir répondre, malgré une intervention sans délai, de l'intégrité des yeux. Des fausses membranes se forment à la surface du globe, et les cornées après disparition de cette diphtérie tenace sont restées longtemps troubles. En définitive, succès.

Je n'avais pas encore vu cette forme particulièrement dangereuse. Quant à la cause je me demande si ce n'est pas le baptême de l'enfant, pratiqué la veille du jour où le mal a débuté. Informations prises, j'ai su que l'eau bénite n'avait pas été renouvelée depuis longtemps. Bien des bouteilles, des doigts et des linges malpropres y avaient été trempés, pour obtenir de miraculeuses guérisons.

« Encore un méfait clérical »! m'a dit le féroce Y...

Je joins à cette observation une pancarte que j'avais affichée dans la salle de change de la Clinique, à un moment où l'ophtalmie purulente était apparue, coïncidant avec le retour de vacances de la direction réfractaire au progrès. — Dès le lendemain cette pancarte était arrachée par ordre supérieur.

Soins a donner aux Enfants atteints d'Ophtalmie purulente

L'ophtalmie purulente est une affection très grave et éminemment contagieuse. Mal soignée, elle entraîne la perte de la vue pour la vie entière ; bien soignée, elle disparaît sans laisser de

traces. La plupart des aveugles prétendus nés, le sont devenus à la suite d'ophtalmie purulente mal soignée.

Les personnes chargées du traitement sont donc responsables au plus haut degré.

Les yeux malades doivent être lavés toutes les heures à grande eau (Eau boriquée : 30 gr. pour 1000 d'eau ; ou : biiodure : 1 gr. pour 10.000; ou : sublimé : 1 gr. pour 10.000.)

Les paupières de l'enfant seront bien écartées. On fera passer un courant d'eau sur chaque œil malade ; le contenu d'une grosse poire en caoutchouc. Pendant le lavage, l'enfant sera tenu de façon à ne pas être mouillé par le liquide. On essuiera très doucement les yeux avec de la ouate hydrophile qui sera de suite jetée au feu. Puis, on appliquera sur l'œil un tampon de la même ouate imbibée d'eau boriquée ; par-dessus, un petit morceau de taffetas gommé. Ouate et taffetas seront maintenus par un bandeau.

Les personnes auxquelles les enfants auront été confiés s'occuperont exclusivement d'eux. Elles se laveront soigneusement les mains dans la liqueur de Van Swieten après l'opération. L'ophtalmie est contagieuse non seulement pour les enfants, mais pour les adultes.

L'enfant aura sa baignoire à part dans la chambre où on lui donne des soins. Jamais il ne sera porté dans la salle de change. Toutes les pièces qui auront servi au pansement seront de suite lessivées ; celles qui ont été en contact direct avec les yeux seront détruites. La canule de la poire en caoutchouc sera savonnée et bouillie chaque jour. On la laissera en permanence dans l'eau boriquée.

Ce traitement peut suffire pour la guérison ; mais en bien des cas, le nitrate d'argent est nécessaire. Alors l'intervention d'une personne expérimentée est indispensable, tandis que les lavages n'exigent que du soin.

Pour l'emploi du nitrate d'argent, les paupières seront retournées ; on passera sur elles un pinceau fin trempé dans le collyre :

nitrate d'argent 1/30. Immédiatement après, on passera un autre pinceau largement imbibé d'une solution concentrée de sel marin. Puis, on lavera avec l'eau boriquée.

Le collyre employé seul, sans neutralisation prompte par le sel marin, peut causer la perte de la vue.

OBSERVATION LXII

Hystérie pendant les suites de couches. — Rétrodéviations temporaires de l'utérus pendant la grossesse. — Mécanisme de ces déplacements. — Remarques sur la circulation pelvi-abdominale. — Vérité d'un proverbe populaire.

1889. — En 1887, j'ai été appelé auprès de Mme C..., récemment accouchée. Sa famille était plongée dans la plus constante et la plus vive inquiétude. J'ai combattu ces craintes, les qualifiant de chimériques, parce que la température restait normale, oscillant entre 36°2 et 37°3 et parce que les accidents si effrayants pour l'entourage relevaient nettement de la névrose. Ils consistaient surtout en états « syncopaux »(?) prolongés. Une lucidité parfaite existait entre les crises que je rattachai à l'hystérie. La famille me crut d'abord, me demanda de revenir, puis, les crises persistant, sans que mon opinion fît autre chose que se confirmer, on voulut me remplacer comme consultant. Heureusement l'entourage conservait assez de bon sens pour se laisser diriger. Je leur amenai Charcot. « C'est une de mes petites femmes », dit-il, et tout le monde se calma. Une potion contenant les meilleures herbes de la Saint-Jean et surtout le regard d'aigle de Bonaparte suffirent pour le miracle. Plus tard l'hydrothérapie compléta la cure.

En 1889, Mme C..., enceinte de deux mois environ, a de nouveau recours à mes soins. Elle se plaint de pesanteurs, souffre

au moindre mouvement, et garde le lit. L'émission des urines est normale. Je constate que l'utérus est rétrodévié. Tumeur molle, élastique, emplissant la concavité du sacrum, après évacuation complète de l'intestin ; fond de l'utérus inaccessible par le palper. Col derrière la symphyse. L'orifice regarde en haut et en avant. C'est une rétroversion. Aucun doute ne saurait subsister. Quelle en est la cause ? Ce n'est pas une luxation suite d'effort. L'utérus de Mme C... est-il habituellement dévié? Je n'en sais rien, ne l'ayant jamais examinée. En tous cas elle affirme qu'elle éprouve pour la première fois les symptômes douloureux du renversement. Est-ce la preuve que l'utérus est *in situ* d'ordinaire ? Non, puisqu'une autre de mes clientes dont l'utérus est habituellement rétrodévié avec flexion du col sur le corps, c'est-à-dire rétrofléchi, ne se doutait même pas de ce déplacement. C'est moi qui le lui ai révélé. La douleur n'accompagne donc pas toujours les déplacements, et Mme C... peut avoir depuis longtemps, sans le savoir, l'utérus renversé. Alors, pourquoi cet utérus ne s'est-il pas redressé sous l'influence de la grossesse, justifiant les idées de O..., qui veut que l'utérus s'élève dès le début de la gestation ? Bien est-il vrai qu'on a défendu l'opinion contraire, c'est-à-dire le renversement aux premiers temps de la gravidité. Des théories, il y en a pour tous les goûts ! Et si la déviation date de quarante-huit heures, comment s'est-elle produite, ainsi brusquement, sans chute, ni effort? Enfin, pourquoi certaines déviations sont-elles accompagnées de souffrances, et d'autres sont-elles indolores ?

Autant de problèmes que ne résolvent ni l'obstétrique, ni la gynécologie. Ma curiosité est d'autant plus éveillée à leur sujet, que le lendemain du jour où j'ai vu pour la première fois Mme C..., j'ai été mandé par Mme B..., pour des douleurs semblables, et une rétroversion sans cause appréciable non plus, au début d'une grossesse également, rétroversion qui ne date même pas de quarante-huit heures, car j'avais examiné Mme B... la veille, et l'utérus était *in situ*.

Mystère, ou plutôt ignorance ! Les auteurs sont muets sur ce point. Autre fait extraordinaire, Mme C... aussi bien que Mme B... a le ventre gros, sans météorisme prononcé ; cela depuis que les douleurs ont révélé le déplacement? Or, quelques jours avant, (je l'ai constaté chez Mme B..., et Mme C... a observé sur elle le même phénomène) le ventre de ces deux femmes enceintes était moindre qu'à l'état de vacuité. L'une et l'autre avaient rétréci robes et corset. Elles doutaient de leur grossesse et justifiaient le proverbe : « A ventre plat enfant il y a », dont nul n'a donné une explication satisfaisante, et pourtant sagesse populaire passe science quelquefois. Qu'est-ce qui détermine l'augmentation ou la diminution de volume au jour le jour, du ventre de certaines femmes, enceintes ou non, sans gaz, sans inflammation pelvienne, sans accumulation de matières fécales ?

Chez mes deux clientes, m'abstenant de toute tentative de réduction, j'ai conseillé : 1° les prières musulmanes de cinq minutes chacune, deux par jour ; 2° la fréquence de la miction ; 3° le décubitus abdominal et, à son défaut, latéral en sens inverse de l'inclinaison utérine, décubitus gauche pour Mmes C... et B... De plus, interdiction formelle des efforts.

Les deux utérus se redressèrent spontanément peu de jours après, avant qu'on eût suivi mes conseils.

1907. — Trois ans plus tard, au retour de ma mission en Suède, à la fin de mon rapport à l'Académie (1), j'exprimais l'espoir que la méthode de Brandt (massage et gymnastique *sive* kinésithérapie) serait la source de découvertes physiologiques et pathologiques. Je fondais cet espoir sur des faits, alors entrevus, et dont une étude attentive a démontré la réalité.

Par le palper-massage, pratiqué quotidiennement trois mois de suite chez les mêmes femmes, je me suis trouvé peu à peu en

1. Paris, Maloine (*épuisé*).

mesure de résoudre des questions scientifiques, tout à fait obscures, notamment celles que je me posais en 1889 à propos de Mmes C... et B...

Il y a des rétrodéviations temporaires, en dehors de la luxation brusque accidentelle, conséquence d'un effort. On voit par exception des utérus rétrodéviés même depuis plusieurs années, qui se réduisent temporairement et spontanément. Le relâchement des ligaments n'est donc en pareil cas qu'une sorte de paralysie éphémère. Il suffit d'une congestion active, c'est-à-dire d'une circulation normale bien rythmée des organes génitaux pour que l'utérus s'élève ou tende à s'élever, à se redresser, à *s'ériger*. Au contraire les congestions passives, — stase veineuse avec constriction artérielle — sont défavorables à l'élévation vers la cavité abdominale et à l'antéposition.

La tendance au redressement s'observe à des périodes à peu près fixes, correspondant au quatorzième et au quinzième jour en comptant de l'apparition des dernières menstrues et aux vingt-sixième, vingt-septième et vingt-huitième, c'est-à-dire à la veille des règles. Ces dates marquent l'issue des molimens durant lesquels la congestion est passive. Il y a deux molimens par mois et non un seul, comme le pense l'École. Les molimens sont probablement en relation avec l'évolution et l'involution des corps jaunes, organes régulateurs de la circulation locale abdomino-pelvienne à l'état de vacuité et de grossesse, car alors — on le sait depuis Coste — un corps jaune spécial évolue et involue lentement. Des troubles de sa fonction dépendent vraisemblablement les congestions passives, les hémorragies, les rétrodéviations temporaires des premiers mois de la gestation.

Ces dernières considérations sont du domaine de l'hypothèse. Mes recherches ne m'autorisent pas encore à affirmer l'influence physiologique et pathologique ou subpathologique des corps jaunes. Revenons au fait.

Ni Mme C.., ni Mme B.., n'avaient une rétrodéviation définitive. Elle était temporaire. L'organe n'avait pas été luxé dans un effort.

Il s'était renversé sous l'influence d'une arythmie passagère de la circulation. L'une et l'autre de ces infirmes momentanées accusaient la pesanteur, la sensation d'issue sans prolapsus réel, signes des congestions passives. Si à cette époque j'avais possédé mon expérience actuelle du toucher, j'aurais constaté un œdème mou, une infiltration des tissus voisins.

La douleur n'est pas indispensable compagne des déviations. Ce qui cause la douleur, c'est la cellulite du voisinage, annexielle, chronique chez toutes les génitales, avec poussées intermittentes subaiguës ou aiguës.

On ne peut pas dire que l'utérus s'élève toujours et d'emblée dès le début de la gestation; car les utérus habituellement rétrodéviés restent renversés dans les premiers temps de la grossesse, mais ils se relèvent spontanément, non pas à l'époque où leur volume dépasse la capacité du pelvis, mais bien avant ce temps par le phénomène physiologique d'érigibilité signalé plus haut. Cette érigibilité se développe sous l'influence de la congestion active, de l'irrigation régulière abondante et rythmée. L'antéversion se maintient parce que les ligaments vitalisés par la régularité du courant sanguin, recouvrent leur qualité tonique, leur élasticité normale. Cette propriété de la grossesse est cliniquement démontrée, par le fait suivant que j'ai signalé : un utérus chroniquement renversé qu'on réduit par les procédés kinésiques, et qui conserve l'antéversion franche du jour au lendemain doit être considéré comme gravide.

Le proverbe : « A ventre plat enfant il y a », témoigne de la justesse d'observation populaire. De même que bien des femmes, surtout celles qui sont sujettes aux troubles de fonction, éprouvent lors du molimen (congestion passive) des règles, une augmentation de volume du ventre, qui par contre s'aplatit et reprend des proportions normales, si la menstruation est elle-même normale, de même certaines femmes au début de la gestation, voient leur ventre diminuer, sont même obligées quelquefois de rétrécir leurs vêtements, ressentent une telle légèreté pendant

la marche que suivant leur expression « elles ont des ailes ». Le phénomène de la diminution, de l'aplatissement abdominal s'observe encore dans les derniers jours de la grossesse et est indépendant du degré d'engagement de la présentation fœtale (1).

Le traitement auquel j'ai soumis mes deux clientes est suffisant dans nombre de cas. La prière musulmane (Hegar) a une action toute mécanique. Elle agit par l'attitude (position genu-pectorale) et n'a d'effet curateur que si l'utérus est libre, c'est-à-dire non seulement sans adhérences, mais sans œdème des tissus voisins.

La position genu-pectorale et le plan incliné avec élévation du siège (Ferré de Pau), ayant échoué, on aura recours au massage qui dissipe l'œdème et favorise la réduction spontanée par éréthisme naturel de l'organe et suppression de la parésie des ligaments. Pour la réduction artificielle employez les procédés de douceur, dits kinésiques, et non la réduction forcée.

OBSERVATION LXIII

Expulsion et extraction d'un avorton de quatre à cinq mois putréfié, se présentant par l'épaule. — Traitement préventif de l'avortement. — Repos absolu. — Gymnastique d'abduction fémorale.

1890-1893. — A la fin d'Octobre, je suis appelé auprès de Mme W..., qui souffre du ventre et perd du sang, accident auquel elle est sujette depuis quatre ou cinq mois. Un médecin et une

1. Cet ouvrage, concernant l'obstétrique, ne traite en gynécologie que les questions intéressant la grossesse et l'accouchement. Le lecteur est donc prié, pour les développements et commentaires, de consulter mes diverses publications gynécologiques, notamment mon *Traité de kinésithérapie* (Paris, Maloine).

sage-femme ont été consultés à diverses reprises, Mme W... se croyant enceinte ; mais la grossesse ayant été niée par la sage-femme, elle a abandonné cette idée, puis y est revenue et m'appelle pour trancher la question. Pas d'antiseptiques dans la maison. J'ordonne de s'en procurer pour le lendemain, m'abstiens de toucher et me borne à la palpation.

Celle-ci me permet de constater la présence d'une tumeur s'élevant à cinq ou six travers de doigt au-dessus du pubis. Cette tumeur se contracte et se relâche alternativement, constatation qui suffirait au besoin pour le diagnostic, car je ne connais que l'utérus gravide qui se contracte et se relâche par alternatives régulières.

J'ordonne le repos au lit, un grand lavement évacuateur et, si les douleurs augmentent, un lavement laudanisé. Les douleurs, les antécédents, les pertes intermittentes prouvaient que cet utérus gravide cherchait à se débarrasser de son contenu.

Le lendemain matin, Mme W... souffrait de plus en plus, malgré les opiacés. Au palper, utérus dur comme un pieu. Au toucher, col fermé, entier, dur et non mou comme il doit être pendant la grossesse ; mais le fœtus était peut-être mort depuis quelque temps et la régression physiologique commencée. Je m'enquiers de la date de cette mort possible, en demandant s'il n'y a pas eu fluxion mammaire, phénomène sûrement indicateur, mais non constant. Il n'y en a pas eu.

En arrière du col, proéminait le segment inférieur du corps, distendu par une région fœtale qui s'y tassait. Mme W... perdait de l'eau rousse et mal odorante. Le diagnostic de la mort, et non de la mort récente du fœtus s'imposait, et, chose grave, les membranes étaient rompues. D'où la putréfaction et la septicémie possibles. Le col fermé et entier aggravait la situation, mais les contractions qui s'accentuaient devaient l'ouvrir et la température était normale. Ne plus enrayer, au contraire favoriser le travail, représentaient une indication formelle. En conséquence je conseillai de supporter les douleurs, de les réveiller

au besoin avec l'eau bouillie chaude à 45°, et de pousser avec énergie dès que le besoin s'en ferait sentir.

Douze heures plus tard, Mme W... ne souffrait plus. Elle avait éprouvé une sensation d'écartement et de pesanteur « comme si quelque chose allait sortir », puis le travail s'était arrêté. Elle ne ressentait qu' « un grand bien-être, une sorte de débarras ».

Vagin rempli par une région fœtale méconnaissable et puante. Le thermomètre pointait : 38°2. Les voies étaient faites sans nul doute, et l'instant propice à l'intervention venu.

Opération à exécuter : extraire le fœtus déjà chassé dans le vagin, avec l'œuf probablement, à en juger par la disparition radicale des douleurs. Si l'œuf ne suivait pas, curettage digital de l'utérus et irrigation.

Introduisant donc le doigt dans le vagin, je rencontrai et amenai au dehors un petit membre qui était un bras. Le fœtus macéré se présentait par l'épaule et s'était tassé dans le vagin. Je tirai très légèrement sur ce bras qui se détacha du tronc comme un lambeau de charogne. Alors, accrochant avec l'index l'un des plis inguinaux, et exhortant Mme W... à pousser, je fis tomber successivement dans le bassin, sur lequel j'avais placé la malade, le fœtus et l'œuf qui l'avait contenu, le tout complet et d'une telle puanteur que toute la chambre en fut infectée. N'ayant pas de sonde intra-utérine, mais seulement une sorte de canule molle, il fallut me contenter d'une injection vaginale ; mais je la fis de six litres avec la solution de biodure ioduré, et une bonne partie pénétra certainement dans l'utérus béant.

La température descendit à 37°8, et resta stationnaire même le soir. Je renonçai donc à l'irrigation intra-utérine. L'absence d'exacerbation vespérale, le bien-être éprouvé par Mme W... et la disparition de l'odeur me rassuraient. Une énorme montée de lait, survenue vers la quarante-huitième heure, et des garde-robes non moins énormes obtenues avec des lavements et de

la magnésie, confirmèrent ma bonne opinion. Uniformité de la température pendant trois jours : 37°8. Retour à la normale le quatrième. Involution utérine très rapide, comme il arrive quand la régression des tissus s'est ébauchée avant l'expulsion du fœtus devenu corps « estrange », comme on disait au temps jadis.

Les causes de cette fausse couche n'étant ni la syphilis, ni un accident, résident-elles dans ce qu'on nomme l'irritabilité utérine, mot commode — *opium facit dormire quia habet proprietatem dormitivam.* — L'imprudence et le défaut de soins, l'insuffisance des conseils médicaux, l'erreur de la sage-femme, et aussi l'absence du plus simple bon sens, en éclairent suffisamment l'origine qui est celle de mille avortements. Voici leur banale histoire.

Dix mois après être accouchée de son dernier enfant, Mme W... avorta une première fois, à quatre mois de grossesse. Deux ans plus tard, autre avortement de quatre mois. Dans les deux cas, hémorragies prémonitoires succédant à des rapports conjugaux. Deux ans plus tard encore, réapparition violente des règles après un retard de quinze jours à la suite d'un trimbalage prolongé dans une voiture cahotante. Puis retour à la santé, sans soins.

Les dernières règles de Mme W... étaient terminées le 30 Mai. Du 1er au 5 Juillet, petits flots de sang accompagnés de quelques douleurs. Médecin consulté. Avis : repos relatif, c'est-à-dire quarante-huit heures de lit et trois jours de fauteuil. Pas même de chaise-longue et rien n'est plus congestionnant pour le bassin, que la station assise prolongée ou la station sur pieds immobile. Les douleurs persistent et se prolongent jusqu'au 20 Juillet. Alors survient une nouvelle perte, tôt arrêtée, spontanément; mais Mme W... tache son linge pendant quelques jours. Elle se remet au lit pour une semaine et la précaution lui semble « presque ridicule ». Elle essaie alors de se lever. Le sang revient. Un jour de lit. Nouvelle consultation. Ménagements plus grands, mais

sans repos absolu. En Août, trois semaines s'écoulent sans douleurs ni pertes. Reprise des rapports conjugaux vers la fin d'Août. Les douleurs reparaissent et Mme W... perd un grand flot le 6 Septembre. Sang et douleurs disparaissent par le repos au lit, absolu cette fois ; mais après une semaine, Mme W... pensant que la précaution est suffisante, se lève. Elle perd immédiatement quelques gouttes de sang, se met dans un fauteuil... retourne au lit... puis au fauteuil, etc., pendant quarante-huit heures. Le 15 Septembre nouvelle perte, et Mme W..., convaincue que le repos au lit n'a que des inconvénients, y renonce. Les pertes se rapprochent. En Octobre elles se montrent d'abord tous les deux jours, puis, du 4 au 11, tous les jours. On connaît la suite des événements.

J'ai rarement senti puanteur pareille à celle de cet œuf. Une fois seulement, et pire. Elle s'exhalait du vagin d'une femme qu'on croyait atteinte d'épithélioma du col. Je la guéris, séance tenante, par l'extraction d'un pessaire qui, depuis quatre ans, végétait sans injections ni lavages, dans la profondeur des culs-de-sac et s'y était littéralement incrusté. Toute une minéralogie, une botanique et une zoologie inférieure, prospéraient sur ce néoplasme inattendu. Rongé par places, exubérant à d'autres, il ressemblait à ces anneaux d'ancres de navires naufragés, qu'on exhibe comme curiosité, après un séjour séculaire dans les bas-fonds marins.

1891. — Nouvelle grossesse de Mme W... en Mai ; c'est tôt. Il y a toutes chances pour que les accidents se reproduisent. J'ai constaté en Février que Mme W... avait une rétroflexion. L'utérus mobile se laissait soulever ; mais retombait. Douleurs de reins, pesanteurs, et les divers malaises locaux ordinaires. J'ai recommandé de ferventes et quotidiennes dévotions musulmanes. Elles soulageaient Mme W...

J'ordonne de les continuer, car l'utérus reste renversé. En

Juillet il se relève spontanément. On cesse les prières. L'utérus se maintient : Je suis sur le point de m'absenter (premier voyage pour ma mission en Suède). Je laisse à M. et Mme W... l'ordonnance suivante : Rapports interdits. Ménagements. Pas de voyage. Aucun autre moyen de locomotion que les jambes pour des promenades régulières, tranquillement faites. A la moindre douleur ou pesanteur, aux premières gouttes de sang, repos absolu au lit. Décubitus latéral, ou abdominal de préférence, dorsal le moins possible. Se lever lorsque tout malaise, tout écoulement, auront cessé depuis huit jours francs. Si les accidents se reproduisent repos absolu et définitif.

Je pars. A mon retour je trouve Mme W... bien portante. Cependant il y a eu ébauche d'hémorragie en Juillet vers la sixième semaine. Les prescriptions ont été suivies. Depuis lors évolution normale de la grossesse ; mais au début d'octobre le sang réapparaît et malgré d'immédiates et radicales précautions, Mme W... avorte.

— « Vous voyez bien, dit-elle tristement, que le repos n'y fait rien. »

Je réponds que j'aurais peut-être mieux fait de la laisser au lit sans discontinuer ; mais je n'en suis pas convaincu. J'ai déjà vu le repos absolu échouer.

1893. — Nouvelle grossesse à la fin de l'année. Mme W... me prévient et attend avec anxiété, se demandant si je ne la mettrai pas entre ses draps pour neuf mois ; mais j'étais retourné en Suède, j'avais vu Brandt et expérimenté personnellement la gymnastique.

« — Non, lui dis-je. J'ai maintenant un nouveau procédé pour « empêcher le sang de couler. Il est peut-être efficace contre les « hémorragies de la grossesse, du moins contre celles des pre- « miers mois (voyez obs. XCIX), et par conséquent contre les « avortements. Je suis d'avis de l'employer. Il m'a réussi pour

« abréger et reculer les règles de femmes qui avaient de gran-
« des avances et perdaient trop de sang. Ce sont des exercices
« gymnastiques, simples à exécuter. On m'a paru les dédai-
« gner en Suède, lors de mon premier voyage. J'y suis retourné
« cette année. J'ai vu l'homme qui les a imaginés. Personne
« ne l'a écouté. J'étudie à fond son procédé. Si les succès se
« multiplient entre mes mains, cette invention est vraiment
« géniale.

« — Alors, vous me défendiez tout mouvement pour empêcher
« mes fausses couches, et maintenant vous m'en ordonnez, et
« même de la gymnastique !

« — Tranquillisez-vous et ayez confiance. *A priori* cela vous
« paraît, comme à moi, jadis, absurde ; mais cette gymnastique
« n'a rien de commun avec la nôtre. »

J'apprends à Mme W... l'exercice d'abduction fémorale qu'elle exécute bien après deux ou trois leçons. Il est entendu que la vie normale, mais avec repos relatif, et sans rapports conjugaux, sera continuée. Je serai prévenu à la première alerte. Je recommande le décubitus latéral et abdominal et la prière musulmane, l'utérus étant renversé ; mais comme Mme W... dit que la prière lui cause des douleurs lombaires quand elle se prolonge, je lui recommande de les faire courtes, deux ou trois minutes. « Il est capital, dis-je, d'éviter toute fatigue, tout effort. Si la gymnastique que j'enseigne avait pareil effet, ses conséquences seraient mauvaises. »

Dès la cinquième semaine, le ventre devient pesant, puis le sang paraît. Cinq exercices d'abduction fémorale, par jour, pendant quatre jours. Arrêt de l'écoulement. L'utérus se redresse. Pas de repos absolu.

Au troisième mois retour de symptômes congestifs. Réapparition du sang. Même succès de la gymnastique, prolongée pendant huit jours et exécutée de même façon. Au cinquième mois nouvelle menace. Nouveau succès.

La grossesse évolue. Suis-je donc en possession, non d'une

panacée — il n'y en a pas — mais d'un nouvel et remarquable agent d'hémostase ?

Accouchement : le 14 Septembre ; R. T. : 30 Novembre 1893 ; D.P. : 31 Août ; D.E. : 19 Septembre. A mon arrivée, dilatation grande comme cinq francs. Membranes intactes. Orifice souple. Il suffit de quelques injections à 45° centigrades et surtout d'une bonne situation, dans laquelle l'œuf appuie ferme sur les lèvres cervicales pour achever rapidement la dilatation. Expulsion spontanée d'un garçon moyen. Délivrance naturelle. Couennes fibrineuses se détachant aisément de la caduque, qu'elles épaississent par endroits.

Dès les premières heures des suites de couches, contractions utérines très douloureuses et très fréquentes. Le second jour, l'utérus dur comme une pierre ne dépasse pas le volume d'un très gros poing d'homme. Je les calme avec le lavement suivant :

R.

Hydrate de chloral	4 gr.
Lait.	100 —
Jaune d'œuf.	n° 1

M.

L'utérus reprend aussitôt volume et consistance physiologiques. Je redoute les contractions violentes *post partum*. A cinq ou six reprises je les ai vues précédant des accidents de phlébite et la température de Mme W... n'est pas normale. Quatorze heures après l'accouchement : 38° le matin, 37°9 le soir ; puis 37°8 matin et soir, sans oscillations pendant trois jours. Je me souviens de ce qui s'est passé au premier avortement, et me rassure. Pouls à 64, appétit hors ligne, montées de lait qui ressemblent aux grandes marées, enfin deux garde-robes spontanées dès le quatrième jour, en voilà assez pour que mes craintes deviennent chimères.

1907. — Mon opinion sur les bons effets de l'abduction fémorale pour arrêter les hémorragies s'est confirmée. Les succès sont de 80 0/0 pour rester au-dessous de la vérité.

Comment les médecins n'ont-ils pas constaté depuis longtemps que des hémorragies sur lesquelles le séjour au lit est sans action, sont arrêtées par la marche modérée, par des sports spéciaux, certaines danses, la bicyclette reposante, le patinage, etc., etc. ? Il suffit de faire causer les femmes intelligentes pour apprendre que le flux menstruel est tantôt modéré, tantôt accru par le décubitus dorsal. Cela est individuel. Certains exercices le provoquent; d'autres l'arrêtent net.

Les hémorragies et les avortements sont enrayés par des moyens fort divers parmi lesquels l'expérience fait un choix. C'est d'abord la simple hygiène : pas de surmenage, et surtout, ni locomotion trépidante, ni coït. Rien n'est plus congestionnant. Ensuite vient le repos absolu, qui repose les femmes épuisées, et leur procure santé et gestation jusqu'à terme, méthode classique, excellente ; mais pas plus constante que d'autres dans ses résultats, très éprouvante pour certaines nerveuses. Sauf fatigue extrême, nous ne sommes pas faits pour l'immobilité. Enfin viennent les mouvements de gymnastique suédoise, dont le génie de Brandt découvrit les effets gynécologiques spéciaux. Ce sont de véritables médicaments. Je me suis attaché à les tirer de l'oubli, à les cataloguer, à enseigner la façon de s'en servir, à approfondir leurs indications et leur dosage, dans toutes mes publications gynécologiques. Apprenez, ô médecins, cette admirable thérapeutique !

OBSERVATION LXIV

Phlébites crurales et thromboses pulmonaires. — Période latente. — Période d'état. — Migrations du virus. — Marche de la température (1). — *Traitement. — Immobilisation. — Mobilisation.*

1890. — Dès 1874, peut-être avant, Siredey enseignait aux élèves de son service, dont je faisais partie, que les accidents puerpéraux infectieux apparaissent avant le cinquième jour, et que le pronostic est très grave si les glandes mammaires restent flasques ou se vident. Siredey avait, dès cette époque, sur l'infection, des idées aujourd'hui courantes; mais la nature septique de la *phlegmatia alba dolens*, accident à éclosion tardive et pour cette raison considéré comme non infectieux, ne fut énergiquement soutenue par lui et par Hutinel qu'en 1883. Dans une thèse récente (1889) Widal a fait reposer les affirmations de Siredey et Hutinel sur la constatation du microbe. Il a montré le flagrant délit.

J'apporte à ces travaux, l'appoint de mes observations sur la marche peu connue de la *phlegmatia*, et de l'idée que je me suis faite de sa précocité, idée que je trouve exprimée en toutes lettres par Widal, lorsqu'il dit : « Après enquête rigoureuse, nous avons toujours retrouvé dans nos observations quelques symptômes fébriles avant l'éclosion de la *phlegmatia* » ; et ailleurs : « pas de *phlegmatia* sans signes fébriles au préalable. »

Cette formule est un peu absolue, mais le fait est vrai dans la majorité des cas. La phlébite est à mes yeux un accident infectieux parce qu'elle s'annonce d'ordinaire avant le cinquième jour.

1. Une grande partie de ce travail a été publiée dans l'*Union médicale* les 2, 9 et 14 août 1890 sous ce titre : *Accidents infectieux réputés tardifs. Remarques sur la température des accouchées.*

Si l'accident est réputé tardif, c'est qu'il couve longtemps avant d'éclore. Souvent l'incubation ne se révèle que par une élévation médiocre de température.

Il n'y a pas d'indice plus précieux de la santé des femmes en couches que la température prise au jour le jour, matin et soir. Le thermomètre est un avertisseur fidèle. On a dit : « prenez le pouls; le pouls suffit quand l'état est physiologique. » Il ne suffit pas. Le thermomètre, au contraire, qui ne subit pas, comme lui le contre-coup des hémorragies et des impressions morales, est très fidèle. C'est une sonnette d'alarme. Il est vrai qu'elle peut s'agiter avec violence, faisant beaucoup de bruit pour rien, mais elle a parfois des tintements faibles et persistants qui, dans un calme trompeur, révèlent un état pathologique latent.

Chez une accouchée dont l'état est physiologique, la température a de faibles oscillations. Elle varie entre 36°5 et 37°3 le matin, et le soir entre 37° et 37°6. Le chiffre 36°5 n'est pas un minimum. Chez certaines femmes, pendant les premiers jours, la empérature dite normale s'abaisse comme le pouls se ralentit.

Une température de 37°5 le matin, s'élevant à 37°8 le soir, n'attire pas d'ordinaire l'attention du médecin, car la femme ne se plaint de rien. Tout semble bon : pouls, état local, état général. Si cette température persiste avec tendance à l'ascension, le médecin doit se préoccuper et ne pas se laisser endormir par des rémissions passagères. Il y a anguille sous roche. C'est une accouchée à suivre. Peut-être n'est-ce rien; mais certaines infections débutent ainsi.

Quelle est la cause de cette petite élévation de température ? Quelle est sa marche, sa durée, à quel moment s'est-elle montrée, dans quelles circonstances ? Y a-t-il menace d'infection, et de quelle nature ? Autant de questions que le médecin doit se poser et malheureusement elles ne sont pas toujours solubles d'emblée.

Examinons les causes obstétricales, ordinaires, de la hausse du thermomètre chez les accouchées.

Une température de 37°8, 38°, 38°5, survenant le soir du premier jour, est expliquée par la fatigue du travail. Elle est éphémère comme le surmenage qui l'a causée.

Une température de 37°8, 38° survenant vers la quarante-huitième heure, et accompagnée de la tension des seins, est expliquée par la montée du lait. Encore éphémère, elle est par exception plus persistante que la température du surmenage, mais elle cède vite, en règle, à la fluxion mammaire.

Une température de 37°8, 38°, 38°5, survenant avant le cinquième jour, peut être due à l'embarras intestinal et persister tant qu'on n'a pas évacué ou aseptisé l'intestin.

La même température survenant à une époque variable, chez une femme qui a expulsé un fœtus de quatre à cinq mois et conservé le placenta, indique parfois non la putréfaction mais le décollement imminent et l'expulsion prochaine de cet organe frais. Voilà ce que j'ai observé une fois quinze jours, une autre fois trois semaines après la sortie de l'embryon. Je ne sais si le fait a été signalé. Dans les deux cas auxquels je fais allusion, une hémorragie abondante s'est déclarée après l'élévation de la température, qui avait été normale durant quinze jours et trois semaines ; les placentas furent expulsés frais et exsangues, puis la température redevint normale. L'élévation thermique ne peut donc être attribuée qu'au seul décollement placentaire.

Si la généralisation de ces faits était démontrée, on pourrait en tirer un enseignement clinique précieux. Lorsqu'une femme fait une fausse couche en deux temps, lorsque le premier temps seul est accompli, l'élévation de la température sans lochies fétides, annoncerait l'imminence du décollement et des hémorragies.

Une température de 37°8, 38°, 39° survenant avant le cinquième jour signale parfois la rétention de débris membraneux et placentaires qui se putréfient dans l'utérus. Si le médecin a présidé à l'accouchement, il sait ou doit savoir à quoi s'en tenir. Le délivre était-il complet ou non? Question parfois insoluble;

car il est des cas où la reconstitution de l'œuf est impossible et laisse des doutes au plus habile. Il en est d'autres où le médecin n'a pas assisté la malade, où les renseignements sont nuls, et l'odeur révélatrice masquée par des injections vaginales récemment faites. Dans cette sorte de septicémie, la marche de la température est fort variable; mais des injections intra-utérines ou simplement vaginales bien faites et l'expulsion des débris abaissent rapidement et définitivement la température.

Bien des causes peuvent faire monter le thermomètre dès les premiers jours des suites de couches ; mais je me borne aux plus fréquentes, et je reviens à mon sujet.

Chez nombre d'accouchées, une température de 37°6, 37°8, 38°, survenant avant le cinquième ou sixième jour, est le signe de l'absorption par la plaie utérine du streptocoque pyogène. Il est possible que, dans certains cas, l'atténuation du virus soit telle que les accidents se bornent à un état fébrile plus ou moins durable. Un streptocoque, moins atténué ou qui germe dans un terrain plus favorable, détermine d'autres accidents qu'un état fébrile, mais l'état fébrile les précède, les annonce. Voilà pourquoi je les ai appelés accidents *réputés* tardifs. En réalité, le véritable accident, celui d'où procèdent tous les autres, la pénétration du streptocoque, date des premiers jours, et la température commence à s'élever avant le cinquième ou sixième jour. Si pendant longtemps les accidents tardifs n'ont pas été considérés comme infectieux, c'est qu'on ne connaissait pas leur période latente. Une élévation de température, parfois très légère, avec des rémissions trompeuses, échappait ou était considérée comme indépendante. Ce qui trompait encore, c'était la persistance de la sécrétion lactée, qui est supprimée dans les accidents graves, autrefois réputés seuls infectieux.

Les accidents réputés tardifs sont les collections purulentes du petit bassin, les phlegmatias, les thromboses viscérales pulmonaires. Ces accidents surviennent souvent du septième au douzième jour, et, s'il en était toujours ainsi, ne mériteraient pas

le nom de tardifs, mais souvent aussi, ils sont reculés jusqu'à la troisième et même la cinquième et sixième semaine. Ce que je veux montrer, c'est que le thermomètre permet de les suivre depuis leur début, et qu'il peut y avoir une longue période durant laquelle le streptocoque semble sommeiller. Pendant cette période, le thermomètre révèle l'ennemi caché. Dans ces cas, la température peut, à certains jours, revenir à la normale, mais elle ne s'y maintient pas. La température de 37° est rare : au-dessous elle est exceptionnnelle ; et dans tous les cas, la normale est passagère. Le thermomètre remonte et oscille entre 37° 4, 37° 6, 37° 8, 38° jusqu'à éclosion du mal.

Veut-on des preuves ? Il est peu de médecins des hôpitaux qui n'aient admis dans leur service une femme dont l'histoire est la suivante : Accouchée quelques semaines auparavant, cette femme, qui se jugeait ou qu'on avait jugée en état de vaquer à ses occupations, entre à l'hôpital avec les symptômes d'un phlegmon, d'une phlébite ou d'une affection thoracique. Si cette femme est accouchée dans un service public, si l'on peut avoir des renseignements exacts sur les suites de couches, on apprend, tantôt qu'elle a eu quelques accidents péritonitiques vite conjurés, tantôt que les suites ont été normales ou ont paru normales, qu'elle avait cependant peu d'appétit et qu'on a hâté son départ pour la soustraire à l'influence de l'hôpital. A mon avis, de telles femmes, évidemment infectées, ont eu, avant le cinquième ou sixième jour, une élévation de température, qui a persisté avec des rémissions plus ou moins marquées, jusqu'à l'éclosion du mal.

Il n'est pas de médecin de la ville ayant un peu de pratique qui ne retrouve dans ses souvenirs une histoire semblable à celle qui suit : En 1881, B., accoucheur, me priait de le remplacer auprès d'une de ses clientes. Voici quelle était la teneur de la lettre : « Mme X..., accouchée récemment, m'a causé « une vive inquiétude. Elle a eu, quarante-huit heures après la « couche, des accidents péritonitiques heureusement conjurés.

« L'état est redevenu physiologique; nous sommes au neuvième « jour; on peut donc être tranquille. »

Mme X... me mit elle-même au courant. Elle était accouchée spontanément ; le placenta était sorti sans difficulté une demi-heure après l'enfant. Tout allait bien, lorsque le ventre devint sensible à droite et à gauche. Une douzaine de sangsues lui avaient ôté son mal comme s'il avait été pris avec la main. Depuis lors elle se sentait guérie quoiqu'un peu faible, ce qu'elle attribuait à la saignée. Elle était pâle; elle avait le pouls légèrement accéléré ; la température appréciée avec la main semblait normale ou à peu près; le ventre était souple et indolore. Trois semaines plus tard, elle demandait à se lever. Changer d'air, pensait-elle, la remettrait complètement en dissipant les bouffées de chaleur qu'elle éprouvait de temps en temps, et lui rendrait l'appétit qui n'était jamais revenu.

Je l'autorisai à se lever, à essayer doucement ses forces chez elle, et, si tout allait bien, à sortir le surlendemain à pied. J'accordai une promenade de cent pas. Elle en fit cinq cents et rentra pour se mettre au lit et m'appeler. Elle avait un frisson, des vomissements et le ventre sensible. La température s'élevait à 40°. Les culs-de-sac vaginaux devinrent douloureux, l'un d'eux s'indura; puis des accidents de rectite survinrent; elle eut la sensation de quelque chose qui crève intérieurement, un peu de pus se mêla aux garde-robes, et après une courte convalescence, la guérison fut définitive.

Je reconstituai par la pensée, et avec *les idées du jour*, l'histoire de cette affection : il y avait eu lymphangite utérine quelques heures après l'accouchement, lymphangite de nature bénigne, inflammatoire. Les sangsues, en décongestionnant les organes de voisinage, avaient arrêté la marche de cette lymphangite ; mais un ou plusieurs ganglions du bassin s'étaient engorgés à distance. Cet engorgement était peut-être en voie de résolution lorsque l'imprudence de Mme X... détermina une poussée inflammatoire. L'adéno-phlegmon consécutif avait causé

une pelvi-péritonite puis le foyer purulent, bien localisé par les adhérences, s'était ouvert dans l'extrémité inférieure de l'intestin, dont l'usure se révéla par la rectite.

De ce fait, je tirai simplement cette conclusion clinique : les femmes qui ont eu des accidents péritonitiques dans les premiers jours sont menacées d'accidents secondaires tardifs, bien que les primitifs aient été conjurés.

Aujourd'hui l'infection est démontrée. Il en faut accuser le streptocoque pyogène (Widal), qui tantôt s'enkyste et se localise (abcès, phlegmon), tantôt, charrié par le sang, se répand dans l'organisme et cause des accidents dont la nature et la gravité varient avec le nombre, la virulence du microbe et de ses sécrétions, et la réceptivité du terrain.

Je suis convaincu, que, chez la femme dont j'ai parlé, pendant les trois semaines d'apyrexie apparente qui ont précédé le phlegmon, véritable période d'incubation, la thermométrie aurait indiqué cette incubation.

L'infection aurait pu aboutir à une phlébite crurale, à une thrombose pulmonaire, à une éruption cutanée, au lieu d'aboutir à un phlegmon. Elle aurait pu ne pas signaler sa présence par les accidents péritonitiques des premiers jours, mais seulement par une élévation de température peu marquée et presque continue.

De là l'importance de la thermométrie chez les femmes dont l'état est ou semble physiologique. Il n'y a pas, je le répète, d'avertisseur plus fidèle, de réactif plus sensible.

Ayant eu à soigner récemment une femme accouchée depuis cinq jours, et qui avait de la parésie intestinale avec ballonnement très considérable, accompagnée de vives douleurs à la pression des fosses iliaques et du fond de l'utérus, de la perte complète de l'appétit et du défaut de sécrétion lactée, j'affirmai dès le troisième jour, à un moment où je ne pouvais poser encore un diagnostic exact sur la nature des accidents, que cet état n'était pas alarmant, parce que la température se maintenait

entre 36°5 et 37°3. La suite des événements a justifié ce pronostic.

La phlébite crurale et la thrombose pulmonaire se montrent isolément, simultanément, ou l'une après l'autre. D'après mes observations, la phlébite crurale a d'ordinaire le pas sur la thrombose pulmonaire, mais j'ai vu la thrombose précéder la phlébite.

Entre plusieurs exemples, j'en choisirai quatre différents par la marche des accidents et la durée de la période latente.

Dans le premier, cette durée fut de quelques jours seulement et la phlébite s'annonça par d'autres symptômes que par l'élévation du thermomètre. Le cas rentre dans la catégorie de ceux qui ont fait dire trop absolument à Siredey : « La phlegmatia est toujours précédée de prodromes péritonitiques. »

Dans le second, la période latente dura plus de vingt jours et les accidents ne furent annoncés que par le thermomètre.

Le troisième se distingue des deux premiers par l'apparition simultanée, d'emblée, de l'état fébrile et d'une thrombose viscérale.

« X..., primipare âgée, accouche par le forceps. Le quatrième jour arrive sans encombre, mais non sans souci, la température ne dépasse pas 37°5, mais elle ne descend pas une seule fois au-dessous de 37°. Il n'y a pas d'appétit et l'une des paupières supérieures s'œdématie. Le soir du quatrième jour, le thermomètre monte à 38°8. Lochies fétides. J'ordonne des injections vaginales fréquentes. J'en fais trois, intra-utérines. La fétidité disparaît, mais l'état général reste le même et le fond de l'utérus est un peu douloureux. La miction est difficile. La douleur du fond de l'utérus disparaît à son tour, mais l'aine droite devient sensible, puis les deux ligaments larges. J'annonce que le mal va se localiser soit autour de l'utérus, soit dans l'un des membres inférieurs, et, dans l'espoir d'éviter un phlegmon, toujours plus long et plus inquiétant qu'une phlegmatia, j'applique cinq sangsues à droite et quatre à gauche. La douleur se fixe dans l'aine droite, puis au mollet. Les malléoles s'œdématient. Du

quatrième au douzième jour, époque d'apparition de la phlébite, la température a oscillé, le soir, entre 38°1 et 38°5, et, le matin, entre 37°4 et 37°9. Le onzième jour, elle n'a pas dépassé 37°6 le soir. Elle était de 37°8 le matin. Le douzième jour : 38° le matin et 38°3 le soir.

Le membre est recouvert de compresses imbriquées, trempées dans une solution de chlorhydrate d'ammoniaque à saturation. Il en est enveloppé d'un bout à l'autre, taffetas gommé par-dessus. Éruption vésiculaire très prompte et confluente sur la jambe et la cuisse. L'œdème diminue et la fièvre tombe, si l'on considère comme apyrétique un état dans lequel le thermomètre ne s'abaisse pas une seule fois au-dessous de 37° et pointe de temps à autre à 37°8. Apyrétique? Soit. Normal? Non. Disons : subfébrile. Le dix-septième jour, le thermomètre avait définitivement abandonné 38° et oscilla jusqu'au vingt-huitième jour entre 37° et 37°8. L'inappétence et des sensations, qui n'étaient ni celles du bien-être, ni celles du malaise, persistaient. Le vingt-septième jour, la température n'était que de 37° le matin et de 37°6 le soir. Le vingt-huitième, elle était de 37°6 le matin et remontait à 38°6 le soir. En même temps, X... est prise d'un très violent point de côté, et je constate à droite de la matité et quelques râles. J'applique de suite un vésicatoire. La matité reste limitée et des frottements pleuraux se manifestent presque immédiatement, mais la jambe gauche devient douloureuse ; on sent au niveau du mollet le cordon caractéristique, et l'œdème se déclare. Le point de côté disparaît et les signes stéthoscopiques redeviennent graduellement normaux. La seconde phlébite est traitée comme la première.

Au quarantième jour (la thrombose pulmonaire était du vingt-huitième et la deuxième phlébite du trentième), le thermomètre abandonne de nouveau 38°. Il se maintient entre 37°2 et 37°8 jusqu'au quarante-septième jour. Du quarante-huitième au soixante-dixième, il s'élève une fois à 37°6 le soir et s'abaisse pour la première fois, mais seulement à deux reprises au-dessous de 37°.

Lorsque la normale parut reconquise, il variait entre 37° et 37°4.

X... nourrissait, et l'infection n'arrêta pas la sécrétion lactée. J'ai fait cesser l'allaitement dans l'intérêt de l'enfant et de la mère pour éviter toute déperdition de forces.

Ces faits se sont passés en 1888, et aujourd'hui, en 1890, une impotence légère persiste. Les membres inférieurs s'œdématient.

Je passe à la seconde observation, qui date également de l'année 1888 : X... accouche spontanément à terme. Tout semble physiologique. La température ne descend pas au-dessous de 37°3 pendant les trois premiers jours. Elle s'élève à 37°8 le soir du second jour. Elle est de 37°5 le matin du troisième.

Le soir du troisième jour, le thermomètre monte à 39°. Injection intra-utérine avec une solution saturée de naphtol. La sécrétion lactée se fait. X... nourrit son enfant.

Pendant deux jours, variations de 37°8 (minimum) à 38°6 (maximum).

Le soir du sixième jour, frisson, 39°2. Irrigation continue au naphtol β. Chute du thermomètre à 37°. On emploie du naphtol impur et la température remonte à 38°6. On change le naphtol, la température s'abaisse à 36°9, puis oscille entre 37° et 37°6. Le douzième, elle remonte à 38°2, puis retombe à 37°6. Pendant trois jours, le minimum est 36°9 une fois ; le maximum, 37°6. A ce moment, la sonde se dérange, et la malade se déclarant fatiguée, quoique prête à continuer l'irrigation si je l'ordonnais, je m'adjoins un confrère. Il est décidé qu'on reviendra, s'il y a lieu, aux irrigations abondantes, mais non continues. Le dix-huitième jour, le thermomètre, qui s'était élevé la veille et l'avant-veille au soir à 38°2, atteint 38°6. Irrigation intra-utérine abondante et à fond. Pendant deux jours la température se maintient entre 37°2 et 37°6, puis elle atteint de nouveau 38° le soir. En même temps, la jambe droite devient un peu douloureuse ; très léger œdème. Le vingt-deuxième, le vingt-troisième jour, le soir : 38°2, 39°3. Très violent point de côté. Matité. Disparition du murmure vésiculaire. Vésicatoire. Marche favorable de l'accident

pleuro-pulmonaire. La phlébite traitée par la solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, évolue avec bénignité. Du vingt-cinquième au vingt-huitième jour, la température s'abaisse et varie entre 36°9 et 37°3, mais, pendant cette période, la malade a pris un gramme d'antypirine chaque jour, ce qui enlève toute valeur au renseignement du thermomètre. Le vingt-huitième jour au soir, il marque 37°6. Le trentième jour, 38°.

J'ai dit que la sécrétion lactée s'était faite normalement. Je n'ai exigé le sevrage que le trentième jour, par conséquent après éclosion des accidents. J'aurais dû l'exiger beaucoup plus tôt ; une femme dont l'état fébrile ou subfébrile se prolonge ne doit pas nourrir, à moins qu'un diagnostic ferme ne démontre d'emblée que cette fièvre cédera à bref délai.

Dès le troisième jour, j'avais dit à la famille que je craignais quelque complication, et particulièrement les thromboses, phlébites et points pleurétiques. Considérant ce genre d'accident comme infectieux, on voit que j'ai tout fait pour le prévenir. Mon traitement ne l'a pas empêché, mais l'a peut-être atténué.

Qui est-ce qui a infecté X... ? Moi ? La garde ? L'accouchée elle-même? Je crois la garde aussi sûre que je le suis moi-même. On ne peut pratiquer l'antisepsie avec plus de religion. Quant à l'accouchée, elle avait l'habitude qu'ont certaines femmes de tâter la vulve avec la main soit pendant le travail, soit pendant les suites. Depuis cette époque, j'ai donné aux gardes l'ordre de laver les mains des parturientes dans la solution de bi-iodure de mercure, où elles se lavent elles-mêmes, à mon exemple. Combien de femmes, même de celles qui n'ont pas cette singulière habitude, assujettissent elles-mêmes les linges ou la ouate de leur garniture ? Nul ne sait le chemin que peut prendre un microbe. Celui-là me paraît en être un, des plus courts, des plus directs, des moins extraordinaires.

Voici maintenant deux autres observations qui datent de 1886, antérieures par conséquent de deux années. Le lecteur y verra, comment à cette époque où mes idées n'étaient pas encore

fixées, je me posais sans les trancher, diverses questions sur l'origine des accidents.

Au quatrième jour des suites de couches, Mme X... se plaint d'un point douloureux dorsal; au sixième, la température s'élève à 37°9 le soir, et le point dorsal devient point de côté. J'avais cru d'abord à une simple névralgie intercostale à cause de la température qui était normale; mais l'auscultation et la percussion, muettes au quatrième jour, révèlent au sixième de la submatité droite et un murmure vésiculaire affaibli. Donc la névralgie est secondaire. Même chose le lendemain et surlendemain avec subfébricité. Les signes pulmonaires (râles disséminés, souffle intermittent) vont et viennent, paraissent et disparaissent. Le tout avec points intercostaux à siège variable et douleurs de dents et d'oreilles.

J'appelle O... et le prie de se joindre à moi pour observer et traiter cette affection. Les signes disparaissent ou s'atténuent pour reparaître quelques heures plus tard.

Le diagnostic de O... est : léger épanchement pleural. On le traite par les vésicatoires. La maladie évolue sans complications dans l'espace de quinze à dix-huit jours ; mais, vers la sixième semaine, trois semaines après que la respiration est devenue normale, Mme X... quittant son lit se plaint d'avoir les jambes pesantes et enflées. L'œdème est manifeste à l'œil et au doigt sur les deux membres. Un simple bandage de flanelle et le repos au lit suffisent comme traitement, mais Mme X... ne peut reprendre la vie ordinaire que six semaines plus tard, trois mois après l'accouchement. Lors de ma seconde rencontre avec O... je lui ai dit : « En définitive, ce n'est pas de la pleurésie franche. Les « signes stéthoscopiques sont d'une fugacité remarquable. La « matité se déplace. Elle est rarement très nette. Il y a tantôt « du souffle, tantôt des râles crépitants, sous-crépitants, fins ou « gros. On dirait un mal qui erre cherchant à se localiser « Seraient-ce de petites embolies qui courent ? On dit que des « caillots se détachent parfois de l'utérus. Ou bien ces accidents

« sont-ils infectieux? J'ai fait, ces jours passés, de la médecine « opératoire. Aurais-je apporté quelque germe en dépit de toutes « les précautions? Je ne puis le croire, tant cette infection, si « c'en est une, me semble bénigne. »

Quatre jours après avoir accouché Mme X... j'assiste une autre cliente, Mme A... Tout est normal et les suites paraissent simples jusqu'au dix-huitième jour environ. A ce moment, phlegmatia du membre inférieur gauche. Traitement : immobilité, gouttière, membre enveloppé de compresses saturées de chlorhydrate d'ammoniaque. Résolution ; mais le relèvement est lent. Impotence légère pendant plusieurs mois.

Au moment où cette cliente est accouchée, je faisais, comme je l'ai dit, à propos de l'observation précédente, de la médecine opératoire pour le concours des hôpitaux. La question d'infection possible que je m'étais posée à propos de Mme X... je me la posai encore au sujet de cette seconde accouchée. Si les accidents de ce genre sont dus à des caillots, d'où viennent ces caillots ? De l'utérus ? Mais la régression des vaisseaux n'est-elle pas faite au dix-huitième jour ? Cette hypothèse n'est guère admissible que pour les accidents pleuro-pulmonaires de la première accouchée, survenus au sixième jour. Pour la seconde, il faut admettre que les caillots se sont formés sur place.

On voit quelle était alors, par ignorance du streptocoque, ma perplexité sur la nature de pareils accidents. L'infection ne me semblait pas démontrée. Plus tard elle ne fit plus de doute à mes yeux. La température de la seconde accouchée me manque. Je n'avais pas auprès d'elle une de mes gardes ; mais je relève ceci dans mes notes : « A... dans les premiers jours des suites de couches, a le pouls rapide et non ralenti. Cependant elle n'a pas d'hémorragie ». On peut en conclure que la subfébricité n'a pas manqué.

Au contraire, elle a manqué chez Mme X. C'est une exception à noter. Voici l'extrait de sa feuille :

Deuxième jour, matin, 36°6 ; soir, 37° ; troisième jour, matin

36°7 ; soir, 36°6 ; quatrième jour, 36°5, 37° ; apparition du point douloureux, troisième jour, 36°6, 37°. Sixième jour, 37°, 37°9. On met un premier vésicatoire. La température s'abaisse à 36°8 le soir du huitième jour, puis elle remonte et atteint 38°2 le soir du onzième jour. Chute nouvelle jusqu'à 36° constatés le soir du quinzième jour ; puis ascension à 38°6 le matin du dix-neuvième jour.

A chaque ascension correspondait l'aggravation ou la réapparition des signes stéthoscopiques locaux. J'ai dit que ces signes étaient d'une fugacité remarquable, ce que j'ai constaté jusqu'à présent dans tous les cas observés par moi.

A dater du vingt-deuxième jour, le tracé ayant donné une série de petites oscillations de 36°7 à 37°, je crus à un indice du retour à la santé, ce que confirmaient les signes stéthoscopiques locaux, et malheureusement on cessa de prendre la température. Je suis donc réduit à admettre quelques ascensions thermiques avant l'apparition de l'œdème des membres inférieurs.

Je fus très surpris par l'apparition de cette phlegmatia bénigne, *atténuée*, mais non douteuse, et dans mon esprit, qui saisissait une filiation possible entre les accidents primitifs et la phlegmatia, s'affirma, non seulement l'idée de l'origine infectieuse des accidents, mais de leur commune nature, la thrombose. Widal, dans sa thèse de l'an dernier, vrai modèle de précision scientifique, m'a montré que mes suppositions fondées sur la synthèse des faits cliniques étaient vraies.

1907. — Je retrouve dans mes cahiers, l'observation suivante que j'ai communiquée il y a plusieurs mois à Merklen, lors d'une discussion à la Société médicale des hôpitaux. J'avais été frappé — et je l'ai été souvent dans des consultations — de voir combien la marche des phlébites était peu connue des médecins en dehors des accoucheurs. Voici cette observation :

Mme N... a été soignée par moi, à deux reprises, pour une grosse

trompe. Le gonocoque a peut-être été originellement cause de l'affection ; mais je me suis demandé si je n'avais pas affaire à un varicocèle péri-salpingien. Cependant les démangeaisons intérieures et l'envie de gratter les tissus profonds, que je considère comme un signe de cette obscure affection, manquaient. Un œdème parfois considérable entourait la trompe et l'ovaire droit. Cette infiltration des tissus, ces œdèmes passagers et périodiques s'accompagnaient de rétrodéviation utérine qui disparaissait spontanément avec eux. J'attribue la lenteur du traitement et son insuffisance relative au corset. La malade se sanglait, depuis plusieurs années, au point d'avoir, dans la région lombaire, le long de la colonne vertébrale, une tumeur pâteuse, sans changement de coloration de la peau. Cette tumeur, sans doute variqueuse, était intermittente comme l'œdème périoophoro-salpingien et semblait en relation avec lui car elle diminuait lorsqu'il se manifestait, pour augmenter quand il disparaissait. Encore un signe de dilatation variqueuse.

Mme N... devenue enceinte, s'obstine à ne prendre aucun exercice pendant la grossesse et s'immobilise à la chambre sous une peau d'ours, en plein été. Elle se refuse aussi à prendre les précautions aseptiques. L'accouchement a lieu à terme, spontanément. Les contractions utérines durant la dilatation sont si rapprochées et si douloureuses qu'elles déterminent des phénomènes nerveux tels que la roideur subite des membres supérieurs. Rien de caractérisé d'ailleurs ; Mme N... est une névrosée. Si je note les contractions sub-intrantes, c'est qu'elles persistent après l'accouchement et que j'ai remarqué leur coïncidence prodromique dans certaines phlébites.

L'utérus continue donc à se contracter douloureusement pendant les premiers jours des suites de couches et son involution est exceptionnellement rapide. La température n'est pas normale pendant les cinq premiers jours. État subfébrile. Au lieu de 36°5 le matin et 37° le soir, le thermomètre indique plus de 37° le matin et 37°8 ou même 38° le soir. Cette subfébricité persis-

tante me fait poser un point d'interrogation sur la pathologie possible des suites, et comme la famille impatiente de ne pas avoir un diagnostic précis, me demande s'il n'y a pas phlébite, je réponds : « Pour le moment il n'y a rien de net; mais cela pourrait arriver; la phlébite s'annonce souvent ainsi. »

Sept ou huit jours plus tard, cette crainte me semblait évanouie et je croyais la malade hors d'affaire, car dès le sixième jour la température était brusquement revenue à la normale, Mme N... dormait, mangeait, ne demandait qu'à se lever, lorsque non moins soudainement, après une sorte d'indigestion, l'état physiologique disparut, l'un des membres inférieurs s'alourdit, devint un peu douloureux et s'œdématia. La phlébite était acquise. Nous en étions alors au treizième jour environ; l'un des moments où l'incubation fait place à l'éclosion.

C'est la première fois que je vois l'apyrexie absolue se prolonger autant pendant l'incubation.

La famille alarmée me demanda mon pronostic. Elle était hantée par l'idée d'embolie. Je répondis qu'en général ces infections de femmes en couches, sans doute atténuées par l'asepsie des accoucheurs et de leurs gardes n'avaient d'autre conséquence qu'une légère infirmité plus ou moins prolongée; mais que souvent aussi survenaient au cours des phlébites de petits accidents du même genre en général fugaces, soit du côté des membres, soit du côté du poumon, accidents qu'il fallait mettre sans doute au compte de caillots minuscules migrateurs, chargés de streptocoques.

La phlébite du membre inférieur était donc nettement déclarée, lorsqu'à peu de jours, peut-être même à quelques heures de distance, l'un des membres supérieurs s'alourdit et s'immobilisa ; mais il ne s'œdématia point. Même chose arriva au membre inférieur resté indemne. Ces accidents migrateurs prévus et annoncés s'évanouirent vite pour se reproduire une fois, toujours passagèrement, au membre supérieur.

A... que j'appelai à la rescousse, avec mon confrère et ami, de

C..., médecin de la famille, constata la phlébite, fit ses réserves sur le pronostic, conseilla le sérum de Marmoreck si la température montait à 40°, et de ne laisser la malade se lever qu'après trente jours d'apyrexie.

La température s'est tenue constamment au-dessus de la normale, rarement subfébrile, d'ordinaire fébrile, pendant le mois qui a suivi l'apparition de la phlébite, et qui se termina par le retour à la santé générale. Le thermomètre, un peu faussé peut-être par les médicaments absorbés, oscillait entre 37°8 et 39° dans la première quinzaine de ce mois ce qui prouvait que les toxines n'étaient pas éliminées, mais aucune des ascensions intermittentes ne s'était accompagnée de phénomènes morbides soit du côté des membres, soit du côté du thorax, lorsque tout à coup la malade fit 41°. En même temps elle se plaignit d'une violente céphalalgie avec profond malaise et soubresauts nerveux d'apparence hystérique. Le membre phlébitique restait œdématié. Il n'y avait pas apparence d'ictus, pas plus qu'il n'y avait eu d'œdème au membre supérieur ou au membre inférieur éphémèrement touchés, effleurés pour ainsi dire.

B... fut appelé. Il vit plusieurs fois la malade, compara son état à celui des animaux dont on excite très légèrement le bulbe, et malgré la hantise assez naturelle des embolies possibles, institua les bains tièdes, prolongés et fréquents. Leur résultat fut excellent. Une semaine plus tard, ou moins peut-être, les urines prirent le caractère d'urines éliminatrices. J'abandonnai alors la malade.

Expliquera qui pourra ce que sont les migrations qui, vraisemblablement, produisent les accidents secondaires. Sont-elles constituées par les microbes isolés ou par des fragments de caillots chargés de microbes ou de toxines? L'extrémité du caillot seule doit d'ordinaire émigrer et d'après Widal elle ne renferme pas de microbes ; mais elle peut vraisemblablement renfermer des toxines. Pourquoi les phlébites secondaires sont-elles souvent moins graves, et plus promptement guéries que la phlébite pri-

mitive ? Et, dans le cas contraire, pourquoi cette phlébite primitive disparaît-elle du jour au lendemain pour ainsi dire ? Est-ce qu'en pareil cas le caillot aurait été emporté dans sa totalité ? Il faut bien l'admettre, si le caillot seul engendre l'œdème, ce qui n'est pas démontré. Et que sont ces accidents localisés d'origine phlébitique, mais sans œdème, ces membres simplement alourdis pendant quarante-huit heures ? Pourquoi aussi des menaces de thrombose sans thrombose, et d'ictus sans ictus ? Pourquoi encore cette fugacité des signes stéthoscopiques dans les migrations pulmonaires? Pourquoi ?... Je m'arrête. Autant de questions des plus intéressantes ; mais insolubles. En pratique, l'important est de connaître la marche des phlébites, le fait de ces curieuses migrations, la sonnette d'alarme du thermomètre, l'origine infectieuse des accidents, le traitement préventif et le traitement curatif.

Ainsi m'exprimai-je, à peu près, dans ma lettre à Merklen.

J'ajoutai : « Un des problèmes pratiques dont la solution importe davantage est celui de l'opportunité du massage, de ses dangers, de ses bons effets, de la façon et du moment de le mettre en œuvre. J'avais proposé ce mode de traitement pour la personne dont je vous envoie l'observation. Il a été refusé parce que l'embolie hante médecins et clients. Cette hantise est-elle justifiée ? Je trouve que la Société des hôpitaux, dont quelques membres ont proposé le massage, en disant qu'il fallait le commencer après la chute de la fièvre, semble ignorer la marche de la phlébite avec ses alternatives d'apyrexie, de subfébricité et de fébricité. Reculer le massage jusqu'à l'abaissement définitif de la température, c'est perdre du temps. Trop tardif il est moins efficace. *Plus tôt on l'applique meilleur il est*, conviendrait pour devise générale à ce genre de thérapeutique. D'autre part dans la période d'état des phlébites, il n'est pas sans danger ? Dagron qui a eu le mérite de proposer avec Lucas-Championnière et Marchais, la kinésie dans les phlébites, et d'indiquer la façon de procéder à la cure, la remet aussi à la chute de la fièvre. Alors, dans certains cas,

il faudra attendre deux ou trois mois. Ne pourrait-on agir curativement, au cours même des accidents phlébitiques ? Et mieux ne pourrait-on les prévenir ? »

Bien des mois après ma correspondance avec Merklen, devant la Société de kinésithérapie puis dans ma brochure sur les *indications, contre-indications et dosage de la méthode kinésique* (1), j'exprimai l'espoir de prévenir les phlébites en appliquant le traitement pendant la période que j'ai décrite ; espoir chimérique !

Le vrai traitement préventif consiste à empêcher le streptocoque de pénétrer. Une fois dans la place, il évolue. La gravité de cette évolution dépend avant tout de la virulence et du terrain. Elle dépend sans doute aussi du mode de traitement employé. Tout ce que je puis affirmer au sujet du massage, et de la mobilisation précoce c'est qu'ils empêchent ou diminuent l'impotence consécutive.

L'observation suivante montrera une fois encore la marche de la température des phlébitiques, la période latente, les migrations du poison dans la période d'état. De plus on y verra comment j'applique le traitement kinésique et son échec au point de vue préventif.

Mme K... accouche le 28 Octobre. Fœtus cueilli à la vulve avec le forceps. Déchirure de la fourchette. Délivrance naturelle, un lambeau de membrane reste dans l'utérus. Température du soir 37°8. Du second jour au matin du neuvième, le thermomètre oscille entre 36°3 et 36°5 le matin, entre 37°5 et 37°8 le soir. J'attribue la subfébricité du premier soir au surmenage et celle des Ve et VIIe jours (37°7, 37°8) aux crevasses du sein gauche dont le mamelon framboisé ressemble à de la chair crue, sans lymphangite d'ailleurs.

IXe jour. — M. : 36°4. S. : 38°9, avec frissons suivis de l'expulsion du lambeau de membranes. Injection intra-utérine par la sage-femme.

1. Paris, Vigot frères.

Xe jour. — M. : 37°8 : S. : 38°5. Injection intra-utérine, bien à fond, par moi.

XIe jour. — M. : 36°3. S. : 37°2. J'ai le tort de ne pas renouveler encore une ou deux fois les lavages profonds. On se contente de nettoyer le vagin et je cesse de voir la malade quotidiennement.

Du XIIe au XVe jour, la température s'élève graduellement de 36°2 à 37°2 le matin et le soir de 37°2 à 37°5.

XVIe jour. — Je reçois la lettre suivante écrite par l'accouchée elle-même :

« 3 heures. — J'ai un point douloureux dans le dos et l'épaule, à droite. Je vous préviens parce que vous voulez tout savoir ; mais la garde dit que c'est du rhumatisme. Ce matin, la température était de 37°2. »

Je réponds : « envoyez-moi de suite la température du soir », et je reçois ce télégramme : « température 37°9.»

Cette douleur et les 37°9 ne me disent rien qui vaille. Je me reproche de n'avoir pas fait un lavage intra-utérin de plus et me demande si je n'aurais pas dû pratiquer le massage utérin que j'ai vu, une fois, arrêter net l'absorption et ramener la température à la normale. — *Revue de cinésie* (1905).

J'accours et j'apprends que la malade perd du muco-pus fétide malgré les irrigations vaginales. L'utérus dont j'avais constaté les petites dimensions et la bonne consistance le Xe jour a triplé de volume et est mollasse. Décidément je regrette le massage plus encore que les injections supplémentaires.

Vague sensibilité à droite du hile et dans l'aine. Teinte subictérique du visage. Frisson. A la percussion, submatité droite. Murmure vésiculaire nul, la douleur empêchant l'expansion de la cage thoracique. Diagnostic : infection généralisée, tendant à la localisation phlébitique. Actuellement thrombose pulmonaire. J'annonce les accidents migrateurs. Injection intra-utérine à fond.

XVIIe jour. — M. et S. : 36°8. A l'auscultation râles fugaces.

Points intercostaux également fugaces, sauf le point primitif qu persiste. Petit vésicatoire. Injection intra-utérine.

XVIIIe jour. — M. : 37°8. Massage de l'utérus pratiqué de la façon suivante : index gauche sur la face antérieure du col. La main droite déprime doucement la paroi abdominale et exécute au voisinage de l'isthme en arrière de lui et près des hiles quatre ou cinq frictions circulaires vibratoires, très légères. Ensuite les doigts sont portés en haut et se promènent de même façon sur le fond et la face postérieure de l'utérus. Je termine par une vibration à droite et à gauche avec la paume de la main, le bord de l'éminence thénar en contact avec le pli de l'aine. Durée totale du massage : deux ou trois minutes à peine. S. : 37°8.

XIXe jour. — M. : 37°5. Massage utérin. S. : 37°8. Les signes de thrombose pulmonaire ont disparu.

XXe jour. — M. : 37°2. Massage utérin. L'organe diminue sous les doigts. S. : 37°4. Pesanteur vague du membre inférieur droit.

XXIe jour. — M. : 37°8. La malade se plaint davantage de sa jambe droite un peu douloureuse : Facies subictérique. Pas de massage utérin. Je juge la phlébite inévitable. S. : 38°9. Œdème et souffrance du membre. Enveloppement humide depuis le pied jusqu'à la racine de la cuisse, avec des compresses imbriquées, et trempées dans une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque.

XXIIe jour. — M. : 37°7. S. : 38°8. Massage doux, court, rapide, des deux membres supérieurs et du membre inférieur indemne, par roulement musculaire. Une seule fois, de haut en bas. Consultation avec A... qui dit « j'arrive après la bataille ». Pendant la bataille serait plus juste. Nous n'en avons peut-être pas fini avec les migrations. Classiquement, A.. n'est pas d'avis de continuer le massage. La famille qui connaît ma prudence, ma légèreté de main, mes succès en kinésithérapie, et que je préviens d'ailleurs de l'essai auquel je me livre, de mon espoir d'éviter à la malade un long séjour au lit avec impotence consécutive, et... peut-être... les phénomènes migrateurs, la famille dis-

je,me laisse carte blanche. Je persévère donc et j'ajoute au massage des membres sains celui du membre phlébitique, pratiqué comme suit dès le début: chaque jour, lors de ma visite, j'enlève les compresses. Je place le pouce au-dessus de la malléole interne, les quatre doigts au-dessus de la malléole externe et je les fais glisser de bas en haut, parcourant ainsi d'un effleurage ultra-léger et un peu vibrant la jambe et la cuisse. Je répète ce massage à deux ou trois reprises.

XXIIIe au XXXe jour. — La température s'abaisse graduellement et régulièrement de 37°5 à 36°5 : M. ; et de 38°6 à 37°3 : S. J'ajoute aux effleurages vibrants, des mouvements passifs de circumduction des doigts du pied et du pied lui-même, puis des mouvements actifs de flexion et d'extension des doigts.

XXXIe jour. — Depuis hier, énervement, pleurs. Température: M. : 36° ; S. : 37°6 ; mais la jambe gauche s'alourdit. Je cesse le massage de ce membre. Décidément je n'ai pas évité une deuxième phlébite crurale. Nous y touchons.

XXXIIe au XXXIVe jour. — Élévation graduelle et continue du thermomètre. M.: 37°2 à 37°8. S. : 38 à 38° 8. Douleur. Œdème. Phlébite gauche déclarée. Enveloppement humide.

XXXVe au XLIVe jour. — Chute graduelle et régulière du thermomètre jusqu'à la normale ; M. : 36°5 ; S. : 37°2. Chaque jour le traitement kinésique a été pratiqué sur les deux membres inférieurs suivant la règle indiquée plus haut.

XLVIe jour. — J'enlève les pansements humides. Je recommande à la malade de se déplacer d'un côté à l'autre de son lit en fléchissant légèrement les genoux pour prendre appui sur les talons, et soulever ainsi le siège. Défense de fléchir les cuisses sur le bassin et surtout de s'asseoir. La malade qui, auparavant, ne pouvait même faire glisser à droite ou à gauche ses membres de plomb, exécute ces exercices de translation deux fois dans la journée.

XLVIIe jour. — Je fais tourner la malade sur le côté, j'ébauche la flexion du genou dans cette situation qui n'oblige pas à

la flexion de la cuisse sur le bassin. Il est temps d'agir sur cette articulation jadis frappée de rhumatisme et très douloureuse.

XLVIIIe jour. — L'œdème des pieds, des malléoles et de la région sus-jacente diminue considérablement.

XLIXe jour. — Flexion à angle obtus de la jambe droite sur la cuisse. Je commence la flexion de la jambe gauche, beaucoup plus facile.

LIe jour. — Flexion des jambes sur les cuisses, à angle droit.

LIIe jour. — La malade s'assied au bord du lit et se tient debout un instant.

LIIIe jour. — Flexion des cuisses sur le bassin.

LIVe jour. — OEdème disparu.

A partir du LVe jour, la malade fait cinq ou six pas. Elle se lève pour le traitement qui dure quatre à cinq minutes. Massage des pieds et des jambes. Extension de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin. Respiration. Massage des épaules. Vibration avec l'éminence thénar de haut en bas sur la colonne vertébrale.

Le LXe jour la malade s'apprête à sortir.

C'est la première et unique application du traitement kinésique que j'ai faite au cours d'une phlébite à toutes les périodes, latente, d'état, et de déclin. Je ne la donne pas comme démonstration de traitement supérieur d'autant moins que la cure abandonnée trop tôt, il est vrai, a dû être achevée par les eaux de Bagnoles. De plus, j'ai vu des phlébites traitées par l'immobilisation guérir sans impotence, aussi vite. Ce livre en renferme un exemple (observation LXXXVIII).

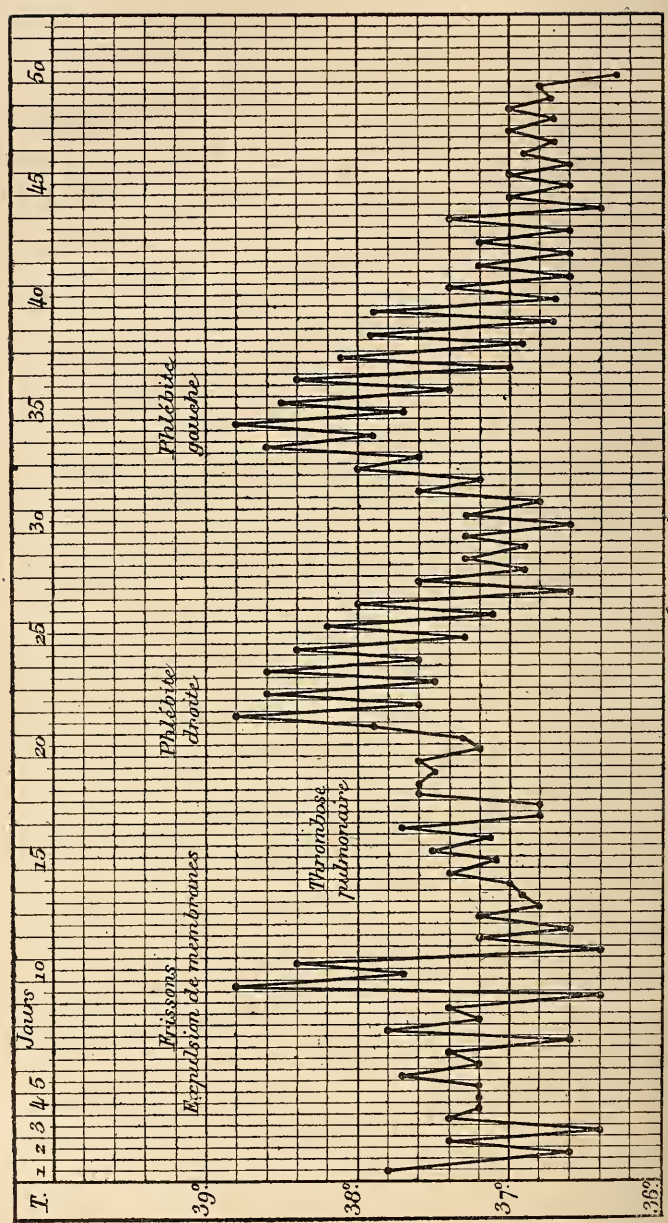
Mon observation est destinée à provoquer l'étude du traitement et à indiquer mon procédé qui est celui de Dagron, avec, en plus, l'usage précoce de la méthode.

Ce traitement quotidien exige du soin et du dévouement. Quand l'École aura un enseignement kinésique on pourra confier le massage et la gymnastique des malades à certaines gardes et sages-femmes. Pour le moment cette confiance serait dangereuse.

TYPE DE LA MARCHE DES PHLEBITES

Migrations du staphylocoque

Feuille de température : observation de Madame K.



OBSERVATION LXV

Involution utérine. — Sa lenteur exceptionnelle chez certaines femmes. — Utérus gravide pris pour fibromateux. — Utilité du massage pour le diagnostic.

1890. — L'utérus normal et *in situ* peut s'offrir pendant la grossesse et les suites de couches sous un aspect inusité, faisant exception par sa forme, sa consistance, sa position, aux lois les plus immuables. Ce sont des faits individuels, curieux ; rien de plus.

L'utérus de Mme L... est habituellement très haut situé, presque en dehors de la cavité pelvienne comme on le voit chez certaines rachitiques à bassin vicié. Celui de Mme L... est normal. Je l'ai accouchée trois fois. La sangle abdominale n'existe plus et cependant l'utérus conserve sa forme ovoïde. Le fœtus s'y adapte et n'évolue pas au cours de la grossesse. Il est maintenu dans la posture du fœtus d'une primipare par la seule tonicité des parois utérines qui semblent exceptionnellement épaisses. La tête bien fléchie s'offre au détroit supérieur, sans pénétrer ou pénétrant à peine dans l'excavation. L'involution de cet utérus pendant les suites de couches paraît d'autant plus lente que l'organe reste très élevé.

Mme L... est accouchée de son dernier enfant le 17 Décembre. R. T. : 27 Février. D. P. : 28 Novembre. D. E. : 17 Décembre. La tête est restée comme d'habitude au détroit supérieur jusqu'au travail. Mme L... que j'avais toujours accouchée avec le forceps pour cause d'inertie utérine, expulse spontanément après cinq ou six heures de contractions régulières un gros garçon. Mme L... nourrit avec plein succès ce qu'elle n'avait pu faire encore. Je m'attends à voir l'involution utérine se précipiter ; conformément à une règle qui souffre des exceptions. Loin de là, l'involution utérine est plus lente encore que dans les autres couches. Mme L...

se plaint d'avance du temps qu'elle passera au lit par mon ordre.

J'ai pour principe de ne me fier ni à la cessation de toute perte, ni au nombre de jours écoulés, pour autoriser la femme à se lever. J'apprécie le volume de l'utérus par le palper et le toucher, s'il est nécessaire, après évacuation de la vessie, et lorsque l'organe me paraît avoir retrouvé à peu près les dimensions normales, je rends à l'accouchée la liberté, en lui disant que je ne puis juger de l'état de sa muqueuse, de la réfection de laquelle dépend le retour à l'état normal, qu'elle ne doit donc se considérer comme guérie qu'après le retour des règles normales, et, si elle nourrit et n'est pas réglée, deux mois après la date de l'accouchement. Alors seulement les rapports conjugaux n'offrent pas d'inconvénients. Or, quatre semaines après le travail, l'utérus de Mme E., qui nourrissait ai-je dit, et qui n'avait pas eu la plus légère élévation de température, était de la grosseur des deux poings avec un col volumineux œdématié, et une muqueuse ectropiée. Huit jours d'injection vaginale à 48°, répétées trois fois par jour, décongestionnèrent l'organe et le réduisirent à des dimensions qui permettaient de se lever avec prudence, et d'essayer graduellement ses forces. Ce n'est donc que vers la cinquième semaine que Mme L.., fut autorisée par moi à se lever. Je note le fait : j'y attache quelque importance. Par le soin que je mets à apprécier le volume de l'utérus, me fiant seulement à ce volume pour juger le degré d'involution du muscle et le retour de la circulation normale, écartant avec soin les causes d'erreurs dans mon examen, réservant la question de la muqueuse dont le degré de restauration ne peut être apprécié que par la marche des règles, je protège la femme contre la misère utérine.

Le cas de Mme L... prouve que la rapidité de l'involution n'est pas nécessairement liée à l'allaitement. C'est surtout le degré d'hypergénèse des fibres musculaires pendant la grossesse, hypergénèse et hypertrophie, puis l'énergie des contractions, jointe à la puissance rétractile, qui règlent la rapidité de l'involution. L'allaitement la favorise parce que la succion du mamelon excite la

contractilité utérine — fait incontestable — et parce qu'il décongestionne la matrice — théorie vraisemblable —; mais il ne faut pas généraliser à l'extrême le fait et quant à la théorie..., c'est une théorie. Les exceptions sont très nombreuses, les faits contradictoires fréquents. Voilà pourquoi je tiens à la méthode de mensuration par le palper combiné au toucher, à l'examen du col au besoin, car son état — tout à fait analogue vers le IXe jour à celui des utérus atteints de métrite — renseigne sur le degré d'involution de la muqueuse; mais je juge surtout cette dernière d'après les règles. La muqueuse n'est restaurée qu'après le retour de la menstruation *normale*.

J'ai dit qu'il fallait dans l'appréciation du volume se mettre à l'abri des erreurs. En effet, si la vessie contient de l'urine et si l'on se contente du palper, le fond de l'utérus est plus élevé au-dessus de la symphyse et on juge cet organe plus gros qu'il n'est. D'autre part beaucoup d'utérus s'abaissent à certains moments en totalité, et semblent moins volumineux qu'ils ne sont si le médecin se fie aux seuls rapports du segment supérieur avec la symphyse. Enfin les utérus renversés semblent au contraire plus volumineux, ce qui tient à la congestion déterminée par l'ectopie.

1893. — Mme L... est venue me consulter au sujet de pesanteurs, d'épreintes urinaires, de douleurs abdominales. Les règles ont manqué deux fois. Mme L... qui approche de la ménopause croit qu'elle débute et de plus, sur l'affirmation de D..., chirurgien des hôpitaux, est convaincue de l'existence d'un fibrome; « à enlever le plus tôt possible ».

Je touche. Utérus haut situé, remontant presque à l'ombilic. « Vous êtes peut-être enceinte » dis-je à Mme L... Son mari et elle se récrient avec une indignation presque comique. Je réponds :

— N'en parlons plus puisque ce serait inexplicable et que cela vous fâche. Il est possible que vous ayez un fibrome.

En tous cas je comprends l'affirmation de D.. ; mais, moi qui connais de longue date votre utérus, coriace, gros et haut situé, je me demande si D... a raison. En tous cas mieux vaut — qu'il n'enlève pas ce *fibrome,* le plus tôt possible. — Venez vous faire traiter par le massage et la gymnastique pendant quelques jours au moins, quelques semaines au plus. Je vous débarrasserai de vos malaises et je ferai un diagnostic.

Je n'ai jamais examiné d'utérus présentant à un moindre degré, volume à part, les signes de la gravidité. Col et corps avaient et conservaient la consistance du bois. Il me fallut à moi, accoucheur, près de six semaines pour lever tous les doutes. Sous l'influence du traitement, les malaises congestifs disparurent et l'utérus, d'abord diminué d'ampleur, changea de consistance et se développa graduellement. Bien que les signes de certitude ne fussent pas alors perceptibles, j'étais autorisé à la conclusion de grossesse, le fibrome n'existant certainement pas.

M. et Mme L... sont partis exaspérés de mon diagnostic. Cependant il a bien fallu accoucher — pas entre mes mains — à terme, d'un enfant superbe. En cela, le massage a été pour quelque chose. J'ai constaté trop de fois la force des fœtus dont la mère avait suivi le traitement kinésique pendant les premières semaines ou les premiers mois de la grossesse, pour ne pas lui reconnaître une influence que la puissance et la régularité des échanges circulatoires explique.

Le massage a eu encore deux autres effets : celui de supprimer les malaises congestifs dont Mme L... souffrait, et surtout, celui de faciliter le diagnostic.

Combien de femmes ma méthode a défendues en gynécologie contre des interventions néfastes ? Je ne sais, ne les comptant plus. En protestant contre les examens isolés et sans massage, en révélant l'aspect protéique des organes génitaux, en montrant que ces organes lésés subissent de périodiques variations (1),

1. Ces variations sont la conséquence évidente des fonctions ovariennes

j'ai donné la clef des diagnostics et pronostics contradictoires émis à quelques jours d'intervalle, au sujet d'une malade examinée à des périodes intermenstruelles différentes, par des compétences d'égale valeur, ou mieux par un même médecin se déjugeant sans s'en apercevoir s'il a oublié son premier examen, ou supposant une erreur qu'il ne peut s'expliquer.

Diverses considérations sur la lenteur de certaines involutions sont présentées à propos des premiers accouchements de Mme L... La kinésithérapie que je ne connaissais pas alors est aussi un des meilleurs modes de traitement de la subinvolution, qu'elle hâte. Un peu plus de cent examens de femmes quittant l'hôpital suivant la coutume populaire vers le neuvième jour m'ont appris, comme je le dis plus haut, que l'utérus à ce moment des suites de couches ressemble — quelquefois à s'y méprendre — aux utérus frappés de métrite. Ce ne sont cependant pas des organes malades ; mais ce sont des organes vulnérables que préserverait le massage préventif.

OBSERVATION LXVI

Intervention dans un cas d'insertion vicieuse du placenta et description d'une pince perce-membranes.

1890. — Dans ce cas les hasards et la clinique ont réuni deux méthodes contemporaines, celle de Pinard et de Hofmeier à une troisième qui date de cent cinquante ans et appartient à Puzos.

Multipare, enceinte de huit mois environ, la femme auprès de laquelle on m'appela était en travail. Sa santé paraissait misé-

c'est-à-dire de l'évolution des follicules et du corps jaune. Elles sont en tout cas soumises à une loi de la circulation et non au hasard.

rable ; la sage-femme m'affirma qu'elle était phtisique et condamnée à plus ou moins brève échéance. Elle avait eu plusieurs pertes. Pour en apprécier l'abondance, je tâtai le pouls. Il était un peu accéléré, mais encore plein ; il n'y avait ni bourdonnements d'oreilles, ni syncopes, et la lucidité était parfaite. Conditions excellentes, qu'il importait de conserver en rendant de nouvelles pertes impossibles. Je procédai à l'examen méthodique.

Le fœtus, nullement engagé, ballottait dans un liquide abondant, siège au détroit supérieur, tête au fond de l'utérus. Les bruits du cœur étaient normaux.

La femme baignait dans une flaque de sang frais remplissant le creux du lit en avant des parties génitales. Par le toucher, je constatai que le vagin était rempli de caillots, le col effacé, l'orifice grand comme une pièce de deux francs. Malgré toutes les précautions, l'examen fut accompagné et suivi d'une perte. Bien que le pouls conservât ses qualités, il fallait se défier. On ne sait jamais au juste quelle quantité de sang une femme a perdu, ni quelle quantité elle peut perdre sans danger. Autant de femmes, autant de variantes à cet égard. L'une est jetée dans l'état syncopal par des hémorragies en apparence insignifiantes ; chez l'autre, après une perte relativement abondante, le pouls ne garde pas d'accélération ; il remonte de suite. Ces différences dépendent sans doute des qualités du suc nourricier et de son abondance qu'un seul repas copieux fait varier du simple au double (Cl. Bernard). Le médecin doit compter avec ces inconnues et agir le plus promptement et dans les meilleures conditions possibles.

En conséquence, je prévins la famille des dangers courus par la mère et par l'enfant, et de la nécessité d'une intervention qui, dangereuse par elle-même, était cependant le seul moyen de mettre ces deux vies à l'abri. Puis j'expliquai à la sage-femme ce que je comptais faire.

Je me proposais de rompre les membranes suivant la méthode

préconisée par Pinard, puis de saisir un ou deux pieds et de les abaisser pour assurer la présentation du siège. Ce dernier procédé a été recommandé par Hofmeier pour arrêter l'hémorragie due au décollement placentaire. Hofmeier a vu l'effet produit et non ses causes. Si l'hémorragie s'arrête, c'est que, pour saisir le fœtus, on est obligé de rompre les membranes ; on supprime ainsi le tiraillement du placenta. De même Puzos, en conseillant la dilatation progressive de l'orifice et l'accouchement hâtif sans violence, ne comprenait pas que la réussite tenait à la rupture de la poche des eaux. Cette rupture n'était pour lui qu'un fait secondaire, indispensable pour précipiter le travail.

Je rejetai le tampon, parce que le tampon, même aseptique, est dangereux. L'enfant est presque fatalement condamné et la mère en péril, la desquamation du vagin ouvrant des portes à l'infection, favorisée elle-même par l'accumulation de caillots dans le segment inférieur, et par la longueur du travail.

Cela ne veut pas dire que le tampon n'ait rendu de très grands services. Cela ne veut pas dire non plus que je n'eusse aucune appréhension de mes projets. J'étais, de par les faits et le raisonnement, convaincu de l'excellence de la méthode Pinard, et du succès dès que les membranes auraient été rompues ; mais pour arriver au résultat, il fallait : 1° introduire les doigts dans un utérus que le moindre attouchement faisait saigner ; 2° rompre les membranes; or je savais par expérience de quelles difficultés cette opération, en apparence insignifiante, est entourée dans certains cas. J'étais donc préoccupé et, l'inconnu m'inquiétait.

La femme étant mise dans la situation obstétricale, après avoir pris les précautions antiseptiques possibles, j'introduisis un, deux, puis trois doigts dans le vagin dans le but d'atteindre la poche des eaux et de la rompre au moment où elle bomberait. Cela me fut impossible et à la première tentative un flot de sang fit irruption. Une seconde tentative ne fut pas plus heureuse et je vis que l'écoulement presque continu formait ruisseau sur le

carrelage, cherchant les points déclives. Le pouls devint rapide, mais la femme conservait sa lucidité. J'eus alors l'idée de faire tampon avec la main, et je l'introduisis tout entière dans le vagin. Le sang ne coula plus que par suintement. Il fallait rompre les membranes promptement et largement. J'essayai de nouveau de les crever au moment d'une contraction. L'index ne fit que déprimer profondément la poche des eaux, faiblement tendue, et en même temps un flot de liquide chaud vint baigner mes doigts. J'avais probablement décollé un cotylédon par cette manœuvre. J'essayai alors de déchirer les membranes en les saisissant entre les doigts, la prise n'offrait aucune solidité. Je ne le regrettais pas, car je craignais, si les membranes ne se rompaient pas, d'augmenter la perte en tiraillant le placenta. Celui-ci occupait le côté gauche du segment inférieur et un ou deux cotylédons proéminaient dans l'orifice.

Je conduisis alors, jusqu'à l'orifice utérin, sur la main obturatrice, un perce-membrane fait d'une plume d'oie taillée en pointe; mais je renonçai vite à ce procédé. La poche des eaux, toujours mollement tendue, se laissait déprimer. L'instrument, coiffé des membranes, se perdait dans l'utérus à une hauteur que mon doigt ne pouvait suivre. Si j'avais réussi à rompre la poche, j'aurais pu blesser le fœtus. Je retirai l'instrument en me demandant ce que j'allais faire.

J'envoyai chercher dans une mercerie des environs une paire de longs ciseaux de couturière. Pendant ce temps, je me gardai d'enlever la main, qui remplissait avec efficacité quoique imparfaitement l'office de tampon. Dès que je fus en possession des ciseaux, je les glissai comme la plume d'oie et, fixant les membranes le mieux possible entre l'index et le médius de la main engagée, je les coupai avec les ciseaux tenu de la main gauche. Une certaine quantité de liquide amniotique s'écoula autour de mon poignet.

La première partie de mon programme était exécutée, les membranes étaient rompues. Restait la seconde, la saisie et la

descente d'un ou deux pieds. La sage-femme, sur ma demande, abaissa fortement l'utérus. J'eus le tort à ce moment de ne pas constater si le fœtus, très mobile, n'avait pas évolué. Un petit membre s'agitait dans l'aire du détroit supérieur, je le saisis entre deux doigts et je pus enfin retirer ma main.

Un flot de liquide, quelques caillots et... la main du fœtus s'échappèrent de la vulve.

Dans la version pratiquée, au juste moment, il m'est tout à fait indifférent d'amener au dehors la main avant le pied. Volontiers, je commettrais même cette erreur de propos délibéré, car elle présente le sérieux avantage clinique d'un bras abaissé qui ne se relèvera pas. D'excellents accoucheurs enseignent à distinguer soigneusement, dans la version, le pied d'avec la main. Je vois là simplement un point d'honneur professoral. Il est vexant de dire à des élèves : « Je vais saisir la main », et de saisir le pied. Au point de vue clinique, lorsqu'on fait la version au temps d'élection, il y a avantage à abaisser le membre supérieur.

La version ne rentrait pas dans mon programme, la dilatation n'étant pas complète. J'avais l'intention d'assurer la présentation du siège par l'engagement des membres inférieurs dans l'orifice qui mesurait alors environ cinq centimètres ; puis, j'aurais laissé l'accouchement se terminer spontanément, sauf indications contraires. La femme ne perdait plus une goutte de sang, le fœtus était bien portant.

Si j'avais pris soin de constater, par le palper, l'évolution fœtale avant d'opérer, j'aurais ramené ou tenté de ramener le siège au D S et j'aurais saisi le pied. Que faire pour réparer l'erreur commise ?

Attendre la dilatation complète, c'était exposer la mère et l'enfant, car je ne savais combien de temps cette dilatation mettrait à se compléter. Les bords de l'orifice étant souples, la femme multipare, le fœtus petit, je pensai pouvoir pratiquer, avec fortes chances de succès, l'accouchement hâtif sans violence,

suivant la méthode de Puzos. Mes doigts, introduits en cône dans l'orifice utérin, commencèrent la dilatation graduelle ; avec beaucoup de douceur et de lenteur, je pénétrai dans l'utérus, je saisis les pieds et j'achevai sans trop de peine l'extraction du fœtus en état de mort apparente ; mais je le ranimai facilement. La délivrance fut complète. L'insertion était marginale.

Une chose me frappe surtout dans cette intervention: les difficultés de la rupture des membranes. Faute d'un instrument approprié, j'ai perdu un temps précieux, j'ai favorisé le décollement placentaire et j'ai risqué de blesser le fœtus.

Les accoucheurs savent que la rupture de la poche des eaux n'est pas toujours aisée. La pulpe de l'index ne perce que les poches volumineuses, fortement tendues et peu résistantes ; l'ongle est dangereux ; d'ailleurs, le praticien doit avoir les ongles courts suivant les règles d'une bonne antisepsie. Le perce-membranes est plus dangereux encore, surtout si la poche est plate.

Dans certains cas, cette petite opération de la rupture artificielle a une importance capitale, et il serait utile de posséder pour elle un bon instrument. J'entends par là un instrument inoffensif, approprié à tous les cas : aux poches volumineuses, aux poches plates séparées de la région fœtale par une distance de cinq millimètres, aux poches fermement tendues, aux poches molles. J'ai tenté de faire cet instrument.

J'avais l'idée de me servir d'une pince. Mieux vaut se passer d'instruments spéciaux lorsqu'on le peut. J'ai pensé d'abord à utiliser l'ancienne pince à pansements. Mon intention était de déchirer et non de percer les membranes, mais la pince à pansements ne saisit que les poches cylindriques ; de plus, il faut avec elle tordre ou arracher les membranes, ce qui peut décoller le placenta dans les cas d'insertion vicieuse; pour ces raisons, j'ai renoncé à la pince à pansements et à la déchirure pour revenir à la perforation.

La pince de Museux semblait un instrument tout fait. J'ai

essayé la pince à quatre et à deux griffes. Les expériences étant réglées comme je dirai, j'ai échoué à tous coups ou à peu près. La convexité des griffes glisse sur les membranes et les pointes se joignent dans le vide ou ne font qu'écorcher le chorion. De plus, la pince à quatre griffes est dangereuse; elle perfore le doigt.

Ces essais m'ont appris comment il fallait modifier les diverses pinces à griffes pour avoir un perce-membranes, et Aubry s'est chargé de construire l'instrument dont je donne ici la description.

La pince a 30 centimètres de longueur totale ; 16 des griffes à l'articulation. Les branches sont démontables pour le nettoyage et s'articulent à frottement très doux. Légèrement courbes sur le plat, elles sont coudées à l'extrémité et se terminent à un centimètre du coude par une pointe rectiligne dirigée en haut. L'angle est donc ouvert de 110° environ. C'est le point capital : angle ouvert, pointes rectilignes. Une plaque de métal creusée en gouttière et soudée sur l'une des branches sert à conduire la pince sur le doigt qui touche, et empêche l'instrument de tourner au moment où on l'ouvre. La plaque doit faire corps avec la branche, être brasée et non soudée à l'étain, sans soufflure au joint, sans rainure, pour une asepsie parfaite.

Les expériences ont été faites de la manière suivante : A l'extrémité d'un cylindre de quatre centimètres environ de diamètre étaient solidement attachées les membranes, chorion et amnios. Le cylindre était rempli d'eau formant une colonne de dix à douze centimètres. Sous cette pression, la poche figurait un pôle de sphère ; c'était le type de la poche plate mollement tendue, c'est-à-dire de la poche la plus difficile à rompre. Le cylindre était tenu verticalement, et prolongé par un manchon d'étoffe, qui tenait lieu de vagin, pour que l'expérience eût lieu *de tactu* et non *de visu*. Elle a réussi dans tous les cas. Les opérations cliniques ont eu le même résultat. Je n'ai pas encore eu l'occasion de faire l'essai dans un cas d'insertion vicieuse. Une chose me préoccupait, la petitesse des trous que percent ces griffes ;

mais dans ces expériences, la poche éclatait aussitôt, quoique la pression fût modérée, et sur le vivant, l'effort utérin s'ajoute au poids du liquide. Je ne serais pas étonné que la petitesse de la perforation favorisât l'éclatement.

Le manuel opératoire sur le vivant est fort simple. La femme étant en travers du lit dans la situation obstétricale, ou allongée, ou debout, suivant les nécessités ; le toucher est pratiqué de façon que la pulpe de l'index atteigne les membranes. La pince est introduite sur l'index que suit la gouttière métallique. On s'arrête quand l'extrémité de cette gouttière atteint l'extrémité de l'index. On attend alors que la poche bombe. A ce moment l'index la déprime légèrement. La pince est ouverte, puis refermée et la perforation est faite.

OBSERVATION LXVII

Avortement. — Localisation précoce du placenta. — Hémorragie. — Perforation circulaire spontanée des membranes au fond de l'utérus contre la marge placentaire. — Hydrorrhée génitale. — Ses trois variétés: amniorrhée, métrorrhée, salpingorrhée.

1890. — La rupture des membranes ne s'explique pas toujours par leur distension, surtout quand il s'agit de perforations circulaires situées au fond de l'utérus, sorte de trous à l'emporte-pièce produits en apparence par l'usure. Ce qui se conçoit bien, ce sont les pertes d'eau intermittentes, causées par ces perforations. Un ruisseau se forme entre l'œuf et l'utérus, et l'eau de l'amnios s'épanche à l'extérieur dès que son niveau dépasse celui de la perforation. Dans ma thèse d'agrégation (1880) sur l'hydrorrhée, j'ai parlé de ce genre d'évacuations ; mais d'après les livres. L'expérience personnelle d'un candidat à l'enseignement est

nécessairement nulle sur pareils sujets. Depuis j'ai vu et appris, je verrai et apprendrai encore. Voici un cas d'hydrorrhée d'origine ovulaire ou amniotique. On pourrait l'appeler ovorrhée ou amniorrhée.

Mme U..., tertipare, — R. T. : 6 Janvier. D. P. : 7 Octobre. D. E. : 26 Octobre — est menacée d'avortement le 20 Février. Mme S... est une congestive. Elle a éprouvé au cours de toutes ses suites de couches des accidents qui ont été décrits en détail dans les observations XXX, XL et LII. Une perte de sang survient après plus de deux heures de fortes douleurs. Cette perte, abondante d'emblée, s'arrête spontanément. Traitement : repos absolu au lit dans la situation horizontale ; injections hypodermiques de morphine ou quarts de lavements laudanisés, si les douleurs recommencent. Elles ne recommencent pas, tout rentre dans l'ordre, jusqu'au 20 Mai, jour, où Mme U... est surprise par une perte d'eau.

Mon diagnostic était rupture prématurée et spontanée des membranes due probablement à l'insertion vicieuse du placenta ; diagnostic ferme, fondé sur la diminution considérable du volume de l'utérus après la perte d'eau et sur la rétraction des parois de l'organe contre le fœtus qu'elles moulaient comme une peau de gant très souple.

L'avortement eut lieu le 22 et se fit en un seul temps. La sage-femme constata la formation d'une poche pendant le travail. Cette poche se rompit au moment de l'expulsion et cette rupture s'accompagna d'une seconde et encore abondante perte d'eau.

Je fus donc assez intrigué et je demandai à voir l'œuf. Il était en parfait état. L'examen des membranes et du placenta, facile à faire grâce à cette intégrité, éclaira certains faits, mais d'autres me rendirent perplexe.

Une première chose me frappa. L'orifice des membranes par lequel les eaux s'étaient échappées précédant le fœtus, était directement opposé au placenta. En saisissant cet orifice délicatement, et en tendant les membranes, on voyait que l'œuf était

régulier, de la grosseur d'un œuf d'autruche ou un peu plus gros. Au fond de l'œuf retourné avec précautions, pour remettre les choses dans la situation naturelle, on apercevait le placenta et les bords de celui-ci étaient de tous côtés à égale distance de l'orifice de sortie. On aurait pu conserver la pièce comme un type de régularité.

Donc, le placenta n'était pas vicieusement inséré. Il était au contraire aussi éloigné que possible du segment inférieur, sur le fond même de l'utérus, en plein segment supérieur.

Cette première et intéressante constatation faite, je recherchai, l'orifice par lequel la première irruption des eaux avait eu lieu. J'étais certain de le trouver, car mon diagnostic de rupture de la poche fondé sur le signe clinique de rétraction des parois utérines appliquées directement sur la région fœtale, sensation caractéristique quand elle se substitue à la rénitence du liquide amniotique, ne laissait aucun doute dans mon esprit.

Un examen attentif fut nécessaire. L'orifice grand comme une pièce de 50 centimes occupait le gros bout de l'œuf. Trois centimètres au plus le séparaient de la marge du placenta, qui, chose curieuse, offrait en ce point les traces non douteuses d'une hémorragie qui certes n'était pas récente. Ce ne pouvait être que le foyer de la perte de sang survenue quarante-cinq jours après la cessation des règles ? Je signale ce fait qui piqua fortement ma curiosité. D'abord il prouve la localisation du placenta à un âge peu avancé de la grossesse. Ensuite, quelle a été la cause du décollement? Ce n'est certes pas le tiraillement des membranes; et Mme V... n'est point albuminurique.

1907. — On a cité un petit nombre de faits de perforations circulaires localisées au voisinage de la marge placentaire. La Maternité de Paris possède en ce genre une ou deux pièces anatomiques.

Hydrorrhée est un terme générique. Tout écoulement d'eau

porte ce nom. Ma classification me semble réunir, en chacun de ses termes, les diverses origines de l'hydrorrhée.

L'ovorrhée ou amniorrhée consiste dans l'écoulement du liquide de la cavité ovulaire ou amniotique. Elle est, comme son nom l'indique, spéciale à la grossesse et se produit par rupture ou par transsudation.

Dans la métrorrhée, le liquide provient de la muqueuse utérine. C'est, pendant la grossesse, l'hydrorrhée dite déciduale dont Basset (tous les traités d'obstétrique et ma thèse) a fourni un exemple considéré comme indiscutable. En dehors de la grossesse, la métrorrhée est un des symptômes les plus communs de l'endométrite qui accompagne les fibromes. La sérosité qui s'écoule est, tantôt pure, tantôt mêlée au sang, dont elle se sépare sur les linges, et qu'elle cerne d'une auréole claire plus ou moins étendue.

Quant à la salpingorrhée dont personne n'a encore fait mention dans les publications obstétricales, car on n'a pas décrit, que je sache, la curieuse évolution des kystes séreux de la trompe, elle provient de dilatations tubaires qui acquièrent parfois un gros volume et diminuent après évacuation au point d'être insaisissables. L'eau que ces poches contiennent est, dans certains cas, cristalline comme de l'eau de roche. J'en connais un exemple dont je donne relation dans l'observation XCVIII.

Nous ignorons l'instant précis, probablement variable, de la localisation placentaire. A ce point de vue, la trace persistante de l'hémorragie de Mme U... est un document.

Toute l'histoire médicale de Mme U... fait d'elle une congestive. La cause de la perte de sang était la congestion, qui peut décoller les cotylédons, sans que le tiraillement des membranes intervienne. Lisez à ce sujet les observations III, VI, XXIV, XCIX.

OBSERVATION LXVIII

Accidents gastro-intestinaux pendant les suites de couches. — Difficultés du diagnostic. — Pronostic fondé sur la température.

1890. — Mme E..., tertipare, femme d'une obésité excessive, accouche le 13 Janvier d'un garçon de 4.000 grammes. R. T. : 11 Avril. D. P. : 10 Janvier. D. E. : 29 Janvier.

Dès le lendemain le ventre devient douloureux, la langue saburrale, sans sécheresse. Ces douleurs persistent après le troisième jour. Elles existent à droite et à gauche dans les fosses iliaques, au fond de l'utérus, dans la peau du ventre. Plus ou moins fugaces en divers points, elles sont plus persistantes à droite dans le flanc à égale distance du foie et de la crête iliaque. Les intestins sont parésiés, l'abdomen ballonné, au point que la famille me demande s'il n'y aurait pas un autre enfant ; mais jusqu'à présent je n'en ai pas oublié. Le pouls est rapide; je n'en tiens pas compte, la délivrance ayant été très sanglante. La montée du lait ne se fait pas. Diagnostic assez délicat. Cependant, d'emblée, je rassure la famille sur la nature et la suite des accidents. Il n'y a aucun danger parce que la température oscille entre 36°6 et 37°4. Il s'agit, sans doute, d'un trouble fonctionnel du tube digestif et de ses annexes.

Quelle serait l'inquiétude d'un jeune praticien devant de pareils signes : météorisme énorme, ventre douloureux, absence de sécrétion lactée, pouls à 120, tous accidents faisant apparition avant le cinquième jour et accompagnés de perte d'appétit, prostration, idées noires, dans un milieu pessimiste où l'on est disposé à porter de suite les malades en terre.

Or, le pouls était à 120, il est vrai ; mais ce n'était pas le pouls de la fièvre ; c'était le pouls hémorragique. Le ventre était douloureux mais le seul point où les douleurs étaient tenaces était le flanc et non la fosse iliaque ; de plus on causait une vive

souffrance en serrant un pli de la peau du ventre; l'utérus était mobile et l'involution ne s'arrêtait pas; l'expulsion des gaz contenus dans l'intestin produisait un soulagement immédiat. Enfin et surtout la température était normale. De là mon pronostic.

J'ai dit à Mme E... que si elle avait eu une abondante montée de lait, toutes ces misères se fussent sans doute évanouies comme par enchantement. En effet, très probablement, la mamelle doit servir de décharge à l'accumulation de graisse qui se fait dans le foie pendant la grossesse. Mme E... a souffert souvent du côté droit pendant la grossesse; elle avait de la diarrhée de temps à autre. C'est, je l'ai dit, une femme très corpulente. Je dois ajouter qu'à aucun moment il n'y a eu d'ictère et que le foie ne m'a pas paru augmenté de volume.

Quoi qu'il en soit, j'insiste sur les hésitations et l'inquiétude qui peuvent troubler le praticien en pareil cas, sur l'absence de sécrétion lactée en particulier et avant tout sur l'importance de la température prise au jour le jour.

Aujourd'hui, 6 Février, Mme E... souffre encore des mêmes misères; mais atténuées. Le traitement consiste dans l'entretien des garde-robes par les laxatifs ou les lavements, l'absorption des gaz de l'estomac par le charbon pour faire disparaître les crampes, d'autres drogues encore, belladone en pilules, noix vomique en teinture, etc., etc.; et puis des exhortations à la patience et garantie de la guérison affirmée dès le début.

1907. — Le meilleur traitement eût été, je crois, le massage; mais il fallait le connaître.

Les souffrances provoquées en saisissant un pli de la peau, sont caractéristiques de la panniculite que je ne connaissais pas alors. Cette affection, que Beau et Valleix qualifièrent névralgie a pour origine la perturbation vaso-motrice. Les adipeuses et les nerveuses y sont prédisposées. On consultera utilement à ce sujet mes travaux sur la cellulite et ceux de Delassus (de Lille).

Mme E... a eu encore deux grossesses. La première a été suivie d'accidents de manie puerpérale avec amaigrissement. Hérédité chargée. Le retour de l'embonpoint excessif a marqué leur disparition. Ils ne se sont pas reproduits après le dernier accouchement. La guérison semble radicale.

OBSERVATION LXIX

Grossesse imaginaire. — Diagnostic de la grossesse.

1890. — Mme T... est une nerveuse, non pas une névrosée. Son bassin est vicié. L'accouchement prématuré lui a donné un enfant. Elle en a perdu un autre. Son désir d'être grosse est très vif. On va voir ce qu'a fait l'auto-suggestion.

Mme T... a ses menstrues en Novembre 1889. Leur durée est normale, mais le sang peu abondant n'a pas la coloration habituelle. Finies le 5 Décembre, les règles reparaissent le 25 et durent jusqu'au 31. Cette avance n'est pas habituelle.

Mme T..., me fait venir le 6 Janvier 1890 pour des pesanteurs du bas-ventre. Je constate une rétroflexion et conseille la prière musulmane.

28 Janvier. — Les règles n'ont pas encore paru. Mme T... croit être enceinte.

1er Février. — Elle prétend — chose fantastique — sentir remuer. Utérus rétrofléchi, mou. Règles imminentes sans doute.

11 Février. — Utérus tellement ramolli qu'on ne peut le saisir distinctement.

19 Février. — Apparition du sang, pendant quarante-huit heures. Mme T... se met au lit « pour ne pas compromettre sa grossesse ». Sensation de pesanteur.

4 Mars. — Mme T... affirme que le fœtus fait des soubresauts.

Vers le 14 Mars Mme T... perd encore du sang, à l'époque des

règles. L'écoulement, plus abondant que d'ordinaire, dure moins longtemps.

Je constate la persistance de la rétroflexion, le ramollissement du col expliqué par les règles et je constate la petitesse du corps, par le palper et par le toucher combinés. Je renouvelle mes négations au sujet d'une grossesse assez avancée pour que le fœtus fasse des soubresauts.

Mme T... sourit avec incrédulité, car les mouvements ont été sentis « non seulement par elle mais par son mari » (*sic*).

« L'enfant, dit-elle, donne des coups. Il soulève la peau du ventre ; il y fait des bosses. Enfin, je ne suis pas folle et il faudrait l'être pour se faire illusion. » Je réplique qu'elle n'est ni la première ni la dernière femme qui sent ou sentira remuer un fœtus imaginaire ; qu'il n'y a pas besoin d'être fou pour cela, pas plus que pour sentir des démangeaisons quand on parle de puces.

28 Mars. — La rétroflexion persiste. Le col et le corps de l'utérus ont perdu l'assouplissement trompeur que leur donne l'imminence ou l'apparition récente des règles. Je dis à Mme T... que je vais m'absenter et lui recommande d'abandonner toute idée de grossesse.

A mon retour, je suis accueilli par le mari. Il m'apprend qu'il n'y a plus aucun doute sur la grossesse. Cependant je hoche la tête. Mme T... proteste avec énergie contre « la Faculté » qui nie qu'elle sente remuer son enfant, et qu'elle grossit.

— « La Faculté, madame, ne nie pas cela. Elle dit simple-
« ment qu'elle ne sent rien ; et pour que la Faculté affirme
« une grossesse il faut qu'elle sente remuer l'enfant. Deux affir-
« mations intéressées ou incompétentes comme celles de M. T...
« et la vôtre, valent pour elle, dans bien des cas, une négation.
« C'est de la grammaire obstétricale. Pour avoir méconnu cette
« règle, bien des médecins ont compromis leur réputation. On
« ne doit affirmer la grossesse que lorsque le médecin a perçu
« lui-même les mouvements, ou entendu battre le cœur. On ne

« doit la déclarer probable qu'après avoir saisi entre le doigt qui « touche et la main qui palpe, le corps du délit, c'est-à-dire l'uté- « rus se contractant, se relâchant et se développant. Tant que la « grossesse n'est démontrée que par des sensations perçues et « décrites par la femme, elle ne doit pas être considérée comme « probable, mais seulement comme possible, sous réserve d'exa- « men. »

Ce disant j'examine de nouveau Mme T... Je trouve l'utérus en rétroflexion, avec un col ramolli. Je lui annonce la prochaine venue des règles. Puis je soulève le fond de l'utérus avec l'index qui touche et déprimant profondément la paroi abdominale avec la main gauche je dis à Mme T... :

« Il n'y a entre mes deux mains qu'un tout petit utérus. Vous « n'êtes pas enceinte, ou si vous l'êtes, la conception date d'hier « et non de quatre mois ; mais je ne crois même pas que vous « soyez enceinte de huit jours. Le ramollissement que je perçois « et qui est un signe de grossesse est un signe trompeur car le « col se ramollit à l'approche des règles. Vous verrez si je me « trompe. »

Trois jours plus tard Mme T... m'écrivait que ses règles étaient revenues.

1907. — Absurdes étaient ces braves gens de croire à une grossesse dont rien ne démontrait l'existence ; mais tout aussi absurde est le médecin qui, pour se donner l'air de savoir, méconnaît les préceptes classiques, la sage distinction entre signes de probabilité et de certitude, et affirme ou nie une grossesse sans l'autorisation formelle soit du ballottement, soit des pulsations fœtales, soit des mouvements actifs, soit d'une tumeur constituée de toute évidence par l'utérus normal et s'accroissant de mois en mois.

OBSERVATION LXX

Gémellité. — Difficultés du diagnostic. — Difficultés de l'intervention.

1890. — On m'a remis hier un billet de l'accoucheur R... ainsi conçu : « Rendez-moi le service de me remplacer auprès de ma cliente Mme M... Vous aurez probablement affaire à des jumeaux. »

Au moment où j'arrive près de Mme M... la dilatation dépasse le diamètre d'une pièce de cinq francs. Un fœtus se présente par le siège. Le ventre distendu et rénitent rend le palper très difficile. Il y a hydramnios. R... a soupçonné la gémellité pendant la grossesse en essayant de retourner le fœtus qui se présentait par le siège, et en conséquence s'est abstenu. Le diagnostic des grossesses doubles est — comme tous les diagnostics — parfois très simple, parfois très difficile, voire impossible. R... n'a pas affirmé la gémellité. Étant donnée son expérience du palper, je conclus que la situation des œufs et l'hydramnios rendaient le diagnostic difficile.

A la dilatation complète ou presque complète, je romps les membranes. Flot considérable. Trois ou quatre contractions énergiques, survenant coup sur coup, ne me laissent pas le temps de mettre Mme M... en travers du lit et expulsent une belle jumelle qui sort spontanément. Je n'ai qu'à la maintenir dans une bonne direction. Je fais deux ligatures au cordon et le coupe entre elles.

Mme M... est aussitôt mise dans la situation obstétricale. Je touche, sens une poche volumineuse, et en la déprimant, je rencontre la tête du second enfant. Les contractions se réveillent peu à peu ; mais sans énergie. Je romps les membranes, car il y a tout avantage dans l'accouchement gémellaire à précipiter la sortie du deuxième fœtus. Cette règle n'a qu'une exception, celle

de l'inégal développement des enfants, mais il est difficile de prévoir la chose, et l'eût-on prévue, on n'est pas maître des événements. Certes, en principe, l'arrêt du travail et la prolongation de la vie intra-utérine pour le jumeau le moins vigoureux, seraient utiles. Malheureusement pour laisser un fœtus dans l'utérus, il faut d'abord que l'utérus, éperonné, consente à rester tranquille, ensuite il faut que le premier œuf ait été expulsé en totalité. Cela s'est vu, et se voit, mais ce n'est pas commun. D'ordinaire le placenta et les membranes du premier jumeau attendent l'expulsion du second pour sortir. Si l'on était certain de l'individualité des placentas, de la séparation complète des œufs, on pourrait extraire le premier placenta par tractions. Ce diagnostic est impossible.

Songez à ce qui arriverait, si l'utérus se refermant sur le second enfant, se refermait en même temps sur le délivre du premier. Aussi dans l'accouchement gémellaire, lorsque l'utérus tend à se clore après la sortie d'un jumeau, le praticien prudent ne doit pas favoriser cet arrêt du travail. J'ai fait le contraire dans l'observation XXIX, mais la grossesse était, en ce cas, débutante, et le premier œuf expulsé entier.

Fidèle à ces principes, je rompis donc les membranes, après la sortie du premier enfant. J'ai dit que la tête du second occupait le détroit supérieur. L'index l'atteignait tout juste. Les contractions se réveillèrent, les efforts leur vinrent en aide, et cependant la tête restait élevée. Le toucher m'apprit qu'un bras s'engageait avec l'extrémité céphalique. Au moment de la rupture, un flot aussi considérable que celui du premier œuf avait fait irruption. L'hydropisie des deux œufs était manifeste. C'est elle sans doute qui avait obscurci le diagnostic pendant la grossesse. Lors du jaillissement des eaux un bras avait été entraîné. Si j'avais troué la poche avec ma pince perce-membranes, j'aurai peut-être évité cet accident. Je l'aurais en effet rompue derrière la symphyse. Je me suis servi du doigt et les membranes étant très résistantes, j'ai dû les déprimer profon-

dément en allant vers la concavité sacrée. La rupture derrière la symphyse expose moins aux procidences.

L'intervention était indispensable. Il fallait tenter la réduction, et, si elle réussissait, attendre l'expulsion spontanée, ou appliquer le forceps ; c'était le mieux pour l'enfant. Autrement la version s'imposait.

J'introduisis la main droite, et, cherchant l'orientation de la tête, je m'aperçus que ce n'était pas la main de choix. Le dos était à gauche. Dans la présentation de la face ou du sommet, il est indispensable pour la version, dit une bonne règle, d'introduire la main qui, placée entre la pronation et la supination, regarde par sa face palmaire le plan antérieur du fœtus. Au contraire, le choix n'est pas indispensable dans la présentation de l'épaule.

Je tente la réduction de la procidence, sans y parvenir ; mais en la tentant et en tournant ma main vers le côté droit du bassin je sens un pied que je ne peux saisir. L'utérus vide d'eau se contractait avec énergie, excité par ces diverses manœuvres. Je retire la main et un flot de sang s'échappe. J'avais probablement décollé le premier placenta.

Ainsi la réduction de la procidence et la version avaient échoué, cette dernière, tentée, il est vrai, avec la mauvaise main, la main droite. Une seconde tentative à l'aide de la bonne main, de la main gauche, serait-elle plus heureuse? Le pied que j'avais effleuré était haut placé, et il me semblait que j'aurais de grosses difficultés, peut-être pour le saisir, en tous cas pour l'empoigner. Je me posai donc la question d'une application de forceps. Projet impraticable et dangereux, un instant conçu et tôt abandonné. Laisser le bras hors des cuillers se pouvait ; mais la tête du jumeau arrêtée par la procidence dans sa descente spontanée, ne serait pas entraînée sans violences par le forceps, même dans ce vaste bassin.

En outre, la procidence s'était accentuée ; le bras descendait dans le vagin, et la tête extrêmement élevée avait fui devant ma main. Elle fuirait encore, et la femme reculerait pendant

l'opération, comme elle avait déjà fait. Enfin, le cordon du premier placenta, s'entortillerait dans mes doigts. Il avait déjà gêné ma première tentative ; il devait presque fatalement être saisi dans les cuillers, alors femme et enfant étaient exposées pendant l'extraction à tous les dangers d'un décollement placentaire. Le forceps représentait donc à tous les points de vue une mauvaise opération. La version, malgré les difficultés prévues et imprévues, offrait moins de périls.

J'introduisis la main gauche et je saisis un pied... par les orteils. La crainte que j'avais de ne pouvoir l'empoigner n'était donc pas chimérique. Heureusement la jambe étant encore fléchie sur la cuisse, j'amenai le pied, si mal tenu, jusqu'au haut du vagin par simple extension du membre inférieur. Dès lors une prise solide devenait nécessaire puisque ce membre ne pouvait sortir que par évolution de tronc. Impossible d'empoigner la jambe ou tout au moins d'accrocher le talon et le cou-de-pied entre l'index et le médius ; mes doigts glissaient sans cesse sur les faces plantaires et dorsales. Que d'efforts ! que de peine ! Et le temps pressait, car le fœtus avait dû souffrir durant cette longue intervention. J'essayai d'enfiler un lacs jusqu'aux malléoles. Impossible de dépasser le talon, et il le faut pour fixer le nœud coulant. J'y renonçai et à force de patience... et de temps j'amenai le pied — le bon pied — hors du vagin. J'empoignai la jambe, et la seconde jumelle, pâle, flasque, syncopée, fut rapidement extraite. Je l'ai ranimée, suivant mon habitude, à l'aide des linges brûlants.

Délivrance simple et complète. Les masses placentaires quoique contiguës m'ont paru indépendantes ; ce n'est pas la règle quand les jumeaux sont de même sexe. Voilà pourquoi je dis : « m'ont paru » et non pas « sont indépendantes ». On devait me conserver les pièces pour un examen plus approfondi ; mais je ne suis pas retourné chez Mme M...

Suites physiologiques pour la mère et les bessonnes.

1907. — J'ai vu dans ma carrière d'accoucheur plus de jumeaux de même sexe que de sexe différent. C'est l'habitude. A propos de gémellité, mais de gémellité animale, je signalerai un fait peu connu, qui m'a été communiqué par M. Morin, vétérinaire à Gournay-en-Bray. Je le cite textuellement: « Dans l'espèce bovine, si les jumeaux sont de sexe différent la femelle sera stérile. A l'autopsie — et j'en ai fait de nombreuses — il y a toujours malformation ou absence des organes génitaux. En patois brayou on appelle ces bêtes : mitiges ou métiges. De fait, les caractères sexuels secondaires, aspect de la tête, abondance du fanon, largeur des épaules, participent de ceux du mâle. »

OBSERVATION LXXI

Variations d'engagement au cours de la grossesse. — Présentation du siège, version par manœuvres externes. — Chloroforme.

1890. — Vers le cinquième mois de la grossesse de Mme C..., primipare, je constate que le siège du fœtus est sur le périnée. J'écris à son médecin qui l'avait examinée et croyait à une menace d'avortement :

« Mon cher confrère, il est vrai que l'abaissement de l'utérus « est un prodrome d'avortement, mais non pas à lui seul. Il faut « le concours d'autres signes de congestion, qui font défaut. « Examinez de nouveau, notre cliente, dans quelques jours et vous « trouverez sans doute l'utérus et le fœtus remonté. J'ai publié « dans l'*Union Médicale* un article sur les variations d'engage- « ment fœtal au cours de la grossesse (1). C'est un fait commun, « intéressant et peu connu. Donc rassurez-vous, mais Mme C... « devra venir me voir au cours du septième mois pour que je

1. Voyez observation XXXII.

« tente la version par manœuvres externes, si le siège reste en « bas. Dans le cas où il resterait engagé ou fortement amorcé, « cette opération échouerait et nous devrions prévenir la famille « des conséquences possibles de cet échec, pour mettre notre « responsabilité commune à l'abri. »

Quelques jours plus tard le médecin de Mme C... répondait : « L'excavation est actuellement vide. »

A la fin du septième mois, le fœtus se présentait encore par le siège notablement engagé. Mme C... ayant de temps en temps la sensation « d'une ascension de l'enfant vers l'estomac », je la priai de m'appeler à un pareil moment. De cette façon je réussis, après les précédents échecs, non pas à retourner le fœtus, mais à déloger le siège et à le pousser vers l'une des fosses iliaques. Alors l'utérus, irrité par mes manœuvres, se contracta et il me fut impossible de faire franchir à l'ovoïde fœtal le diamètre transverse de l'ovoïde utérin. Revenu le lendemain, croyant que tout serait à recommencer, je trouvai la tête en bas et descendue jusqu'au ligament triangulaire. J'ajoute que Mme C... m'annonça elle-même cette évolution quand j'entrai dans sa chambre. Depuis la veille, deux signes de présentation de siège, dont je lui avais prédit la disparition si l'enfant culbutait, s'étaient évanouis : la gêne de la respiration et la douleur hépatique signalée par Pinard.

Accouchement le 3 Juin, d'une fille atteignant tout juste la moyenne. R. T. : 5 Septembre 1889. D. P. : 6 Juin. D. E. : 25 Juin 1890.

Expulsion extrêmement douloureuse. La tête étant à la vulve, et Mme C... m'ayant garanti sa sensibilité spéciale au chloroforme, je cède aux sollicitations de son médecin que j'autorise à en donner. Complaisance fâcheuse. Presque instantanément les douleurs cessent; mais presque instantanément aussi, après une dose anesthésique insignifiante par conséquent, Mme C... entre dans la période d'excitation. Nous avons, mon confrère et moi, toutes les peines du monde à l'empêcher de blesser l'enfant au passage. Il faut lui écarter les cuisses de force, ce qui n'est pas

aisé. De plus, tendance à l'hémorragie au moment de la délivrance.

En voilà assez pour donner une apparence de raison, aux détracteurs du chloroforme en obstétrique. Le donner par complaisance, le refuser par principe, est également déraisonnable, chacun généralise d'après ce qu'il a vu. Consultez au sujet des inconvénients et des avantages du chloroforme les obs. LX, LXXIV, LXXXVII.

OBSERVATION LXXII

Effacement du col douze jours avant l'accouchement. — Dilatation de l'orifice en une demi-heure. — Expulsion en douze minutes. — Marche anormale de la vaccine.

1890. — Le 28 Septembre, Mme de V..., tertipare qui approche du terme, m'appelle pour d'insignifiantes souffrances qui, sans l'empêcher de vaquer à sa vie ordinaire, lui causent l'appréhension d'une surprise brusque du travail. Le col diminue, puis s'efface et reste dans cet état jusqu'au 9 Octobre. Les légers pincements, précurseurs du travail, continuent très espacés.

Le 9 Octobre, à 8 h. 30 du soir, rupture des membranes. A 9 h. 30, aucune contraction douloureuse encore. De l'énervement ; rien de plus. A 9 h. 45, l'orifice utérin est tel que je l'ai constaté du 28 Septembre au 9 Octobre. A 9 h. 55, deux faibles douleurs subintrantes, puis sensation atroce de brusque dilatation. Mme de V... se sert de l'expression « déchirure ». Je touche et constate que l'orifice indemne régulièrement arrondi est large comme une paume. A 10 h. 15, nouvelle et énergique contraction. Mme de V... crie : « Ça m'écarte. » « Poussez » dis-je. A 10 h. 27, une belle fille est sur le lit. Durée des deux premiers accouchements : trente-deux heures pour le premier, douze pour le second

L'enfant de Mme de V... a été vacciné par moi, sur la génisse, à l'Institut vaccinal, le 10 Décembre. Sept jours plus tard j'ai constaté que la vaccine n'avait pas pris. J'ai donné rendez-vous pour un nouvel essai, le 24. A mon avis, quand la vaccine ne prend pas à une première inoculation, on doit recommencer de suite, car le virus peut n'avoir pas pénétré, ou être insuffisant. En tube, on n'a parfois que de la glycérine. La seconde tentative doit être entourée de tout le soin imaginable, mais il ne faut pas se croire obligé de la pratiquer par scarification, procédé brutal qui laisse de vilaines cicatrices. J'évite l'effusion du sang, j'introduis dans les couches supérieures du derme un vaccinostyle chargé, j'inocule un seul bras, et me borne à deux piqûres. Si la seconde tentative échoue je considère l'enfant comme réfractaire pour un temps dont la durée est inconnue, ce qui oblige par prudence à de nouveaux essais, à deux ou trois mois d'intervalle. D'ordinaire, la deuxième ou troisième tentative réussissent. Je n'ai pas encore vu d'échec définitif.

N'ayant pu me rendre à l'Institut vaccinal le 24 Décembre, l'enfant a été inoculé par Ch... Les parents lui ont fait remarquer une élevure rouge, qui, parue sur le bras deux jours auparavant, c'est-à-dire le 22, se transformait en une petite pustule blanche. Ch..., malgré son expérience, n'a pas voulu se prononcer sur la nature de cette pustule, et a vacciné l'enfant, que j'ai vu le 30, six jours après sa visite à l'Institut, et huit après l'apparition de l'élevure. Or, cet enfant avait sur le bras une pustule sèche, grosse comme un grain de chénevis, nettement ombiliquée, et l'opération pratiquée à l'Institut avait échoué.

L'histoire d'une pustule vaccinale apparue douze jours après, l'insertion et régulièrement développée, m'avait d'abord fait hausser les épaules ; mais, ayant vu j'ai été convaincu.

OBSERVATION LXXIII

Choc fœtal. — Son rythme sans isochronisme cardiaque. — Primiparité tardive. — Insertion vélamenteuse. — Mort du fœtus. — Forceps. — Fébricité d'origine intestinale.

1890. — Primipare de 41 ans, Mme B..., examinée par moi en octobre, a un ventre énorme et un seul fœtus, qui se présente par le siège non engagé, facile à mobiliser en apparence.

Cependant la version ne réussit qu'après deux ou trois échecs. Il est vrai que je m'interdis toute violence. A ce propos, j'ai observé dans le service de N..., il y a quelques jours, un fait assez curieux. On venait de se livrer à des manœuvres prolongées pour retourner un enfant qui se présentait par le siège décomplété mode des fesses. La femme se plaignit à moi d'un tressaillement continuel du fœtus. Pendant un quart d'heure j'ai pu percevoir, soit avec la main, soit avec le stéthoscope, le bruit particulier dit choc fœtal, sur toute l'étendue du tronc et du siège. Ce bruit étonnamment rythmé, presque aussi régulier que des pulsations, n'était pas isochrone au pouls. La femme sentait le choc et appréciait sa régularité. Il dura, suivant elle, une heure environ. Qu'est-ce donc ? Un tressaillement du corps entier ? L'indice d'une gêne, d'une souffrance ? Je me le suis demandé en raison des circonstances ; mais alors, pourquoi ce rythme ?

Revenons à Mme B... Le fœtus, maintenu par une ceinture appropriée, qui ne fut pas portée avec une très grande persévérance, resta en bonne situation dans ce sens que la tête était amorcée au D. S. La position était G. T. Les battements du cœur normaux. L'engagement fut très tardif malgré la largeur du bassin. Cela m'inquiétait. J'attribuai, par hypothèse, le défaut de descente à la présence du placenta sur le segment inférieur.

Dans les derniers jours de Novembre, Mme B..., qui éprouvait les malaises ordinaires causés par l'absence d'engagement, les

vit disparaître et se sentit moins lourde. En un mot, le ventre tomba. Je constatai par le toucher la tête ballottant *in excavatione*. Elle plongeait dans le petit bassin jusqu'au ligament triangulaire.

Le 1er Décembre, après deux ou trois jours de douleurs irrégulières, le travail commença franchement dans la nuit. Le matin, la dilatation égalait les dimensions d'une pièce de deux francs. Les bords étaient un peu épais, un peu durs, non douloureux. Cœur muet. Je prévins le mari de la mort de l'enfant, en admettant quelque chance d'erreur et en lui recommandant de ne pas se faire d'illusion, la chance étant faible. J'étais fort ennuyé. Quelle part faire à la version par manœuvres externes dans les causes de cette mort? L'opération avait été prudente et facile. Existait-il des circulaires qui se seraient serrés sur le cou de l'enfant à mesure que la descente s'opérait? La mort était elle antérieure au travail? Je déclarai au mari qu'on ne pourrait en connaître la cause qu'après la sortie du fœtus et du placenta.

Je l'interrogeai avec soin sur les antécédents de famille. Point suspects, de son côté; moins nets du côté de sa femme. Elle est créole, de l'île Maurice, a le visage couturé de cicatrices que j'ai prises pour les stigmates d'une variole. Qu'est-ce? Je n'en sais rien, mais ne puis conclure à la spécificité. Aux mains, traces de nombreux furoncles, à peine cicatrisés. Ces furoncles seraient le résultat de piqûres de morphine faites avec une solution dont la fabrication avait un an de date.

A six heures du soir, les contractions étant tout à fait insuffisantes, et la tête arrêtée dans sa descente, la femme, sans énergie, se déclarant épuisée, je me décidai à intervenir, avant que la dilatation fût tout à fait complète et malgré la consistance de cuir bouilli de l'orifice. L'urgence seule excuse cette manière de faire. Depuis plus d'une heure les progrès étaient nuls. Membranes rompues; eau sanguinolente. La putréfaction marche vite en pareil cas.

Le forceps fut introduit doucement, branche gauche la pre-

mière, la position étant G. T. Les bords de l'orifice étaient, je le répète, calleux et durs comme du mauvais caoutchouc. L'impossibilité de pénétrer avec la main jusqu'à l'oreille du fœtus, à cause des cris de la femme et de la résistance de ce caoutchouc, la mort du fœtus, me déterminèrent à laisser les branches dans la situation où elles se trouvèrent au moment de l'articulation. Si l'enfant avait été vivant, les conséquences de cette prise irrégulière eussent été déplorables. Opérer dans un orifice incomplètement dilaté et sans souplesse, est chose difficile et dangereuse, même avec des aides et du chloroforme, et j'étais privé des uns et des autres.

Je n'ai jamais fait d'extraction plus pénible, plus laborieuse. Trois quarts d'heure de tractions continues et contenues mais fortes. Enfin je dégage la tête saisie comme je m'y attendais. Très léger accroc du périnée. La fourchette est entamée. C'est la lisière protectrice en moins. Gare aux épaules! Je glisse mes doigts sur le cou de l'enfant. J'enlève trois circulaires assez lâches. J'exerce de fortes tractions sur le cou, et après avoir entraîné puis refoulé la lèvre antérieure du col épaisse et violacée, je dégage l'épaule antérieure. La postérieure suit, sans déchirure du périnée; mais le siège sort avec une brusquerie qui est l'indice certain de la rupture. Flot d'eau sanguinolente. Fœtus mort. Cordon flasque, verdâtre, épiderme détaché par endroits. Il y a donc eu macération de courte durée. L'enfant est énorme, presque 5.000 grammes.

A cause de l'inertie utérine, je commence de suite les irrigations vaginales d'eau antiseptique à 45°. Trois quarts d'heure plus tard, je touche en suivant le cordon. Il est entouré dans le vagin par des membranes; le doigt arrive sur les cotylédons placentaires. C'est la face utérine ou tout au moins un bord placentaire dégarni de membranes qui s'est engagé. Délivrance spontanée: la masse s'échappe d'elle-même, les membranes ne peuvent être reconstituées. Il y a insertion vélamenteuse. La veine et les artères s'éparpillent sur les enveloppes à 8 ou

dix centimètres de l'un des bords du placenta. Je reprends les injections d'eau chaude. J'examine le périnée déchiré jusqu'au sphincter exclusivement. Cloison intacte et épaisse.

Je fais comprendre, pièces en main, au mari que la mort était fatale quel qu'eut été le mode de présentation. Le placenta étant mal conformé et implanté sur le segment inférieur, les vaisseaux devaient être forcément comprimés par la région fœtale au moment de la descente. Est-ce la véritable explication? Probablement.

Le 5 Décembre, on m'apprend qu'à 11 heures Mme B... a été prise d'un frisson qui a duré jusqu'à 1 h. 30 et que la température s'est élevée à 38°. De plus, les seins sont tendus à l'extrême. Enfin quelques débris de membranes ont été expulsés.

Un frisson qui se prolonge pendant deux heures n'est pas effrayant. Les deux ou trois petits fragments de membrane expulsés n'ont aucune odeur. Des seins gorgés de lait sont rassurants. Rassurante aussi la température constatée les jours précédents. Donc il s'agit, vraisemblablement, de stercorémie. J'ordonne :

R :

Naphtol β pur	12 gr. 50.
Salicylate de magnésie	6 gr. 50.

M :

En trente cachets. Trois à cinq par jour immédiatement avant de manger. Un purgatif précédera l'usage du naphtol.

6 Décembre. — Petits frissons répétés malgré une température de 36° 5. J'avais eu raison de mettre en doute la valeur de ces petits frissons. Évacuations surabondantes. Retour à l'état physiologique.

OBSERVATION LXXIV

Responsabilité médicale. — Sages-femmes et accoucheurs criminels. — Septicémie puerpérale généralisée. — Déontologie.

1891. — Il y a longtemps, en 1862, époque où la fièvre puerpérale, grande faucheuse, sévissait avec rigueur, j'ai été témoin. d'une scène dont le souvenir ne s'est jamais effacé.

J'avais quatorze ans. Ma sœur pleine de vie et de santé venait d'accoucher sans la moindre difficulté. Le médecin n'avait fait qu'entrer et sortir. Cependant, au milieu de la joie générale, ma mère gardait un front soucieux. Je l'entendis qui disait: « On ne peut pas être tranquille avant le huitième jour. »

Cette phrase se grava dans ma cervelle d'enfant. Je ne la comprenais pas. Je comprenais seulement qu'on était inquiet. Inquiet de quoi ? Quel ennemi invisible pouvait se dérober dans cette fête, et, tout à coup, surgir ?

A la fin de la nuit, grand remue-ménage dans la maison; pas précipités. Ma curiosité s'émeut; je me lève pour voir. On allumait du feu ; on remplissait des bouillottes ; on faisait chauffer des linges. Je vois encore la mère, le visage bouleversé, et je l'entends qui dit : « Elle a eu un frisson, elle m'a appelée et je ne me suis pas réveillée ! »

Dès l'aube, on envoya quérir le médecin.

C'était un proche parent, chirurgien des hôpitaux, accoucheur émérite dans un mémoire duquel on trouve cette phrase, devenue avec le temps cruellement ironique: « Interne à la Maternité où sévissait une forte épidémie de fièvre puerpérale, je pus profiter de cette circonstance pour exécuter dans des conditions exceptionnelles, les préparations anatomiques exigées pour le concours d'adjuvat. »

Il arriva soucieux et repartit plus soucieux encore.

Il revint le lendemain et le surlendemain, non plus seul, mais

accompagné d'une autorité de l'époque, dont la divination populaire disait : « il porte la puerpérale dans les manches de son habit. »

Ils revinrent encore, et après leur dernière visite, tous deux avaient l'air navrés. J'entendis cette conversation :

— Alors, rien à faire maintenant ?

— Rien, c'est fini. Elle mourra demain.

Je restai cloué sur place. Je me sentais à la fois révolté et anéanti. L'accouchée mourut dans la nuit en proie au délire suraigu.

Quelques jours après la mort, la mère dit au médecin devant moi :

— Quand elle a eu ce grand frisson, je dormais... Si je m'étais réveillée... Si je l'avais réchauffée, est-ce que je n'aurais pas arrêté le mal ?...

A cette époque où la nature de la fièvre puerpérale était inconnue, le fait du frisson étant naturellement lié dans la pensée à l'idée de refroidissement, on redoutait d'y exposer les accouchées. De là, ce remords et malgré les dénégations médicales, la pauvre femme se reprocha pendant vingt ans de ne s'être pas réveillée au premier claquement de dents de sa fille. C'est moi, devenu médecin et accoucheur, qui ai effacé cette amertume, en lui révélant la véritable cause de la mort. Faible consolation, puisque la connaissance de cette cause engendrait d'autres regrets !

Aujourd'hui nous possédons la clef de l'inexplicable mystère qui frappa mon imagination d'enfant. Nous savons que de tels malheurs peuvent et doivent être évités, que le médecin consulté pendant la grossesse, scrupuleusement obéi, bien assisté, est tout-puissant pour sauvegarder la maternité. Terrible est devenue sa responsabilité. A mon avis, accoucheurs et sages-femmes — pour ne parler que de ma spécialité — devraient dans certains cas encourir la prison (1)... Devraient ?... Mais l'infection

1. 1906. — Je ne serais pas plus indulgent pour les méfaits commis depuis

mortelle existe donc encore? dit le public déjà instruit. Oui, elle se voit encore, non seulement par la faute de femmes insouciantes quoique prévenues, mais par celle de médecins réputés.

Aujourd'hui, en 1891, dans la pleine et éclatante confirmation des doctrines pastoriennes, on voit des confrères qui non seulement ne pratiquent ni antisepsie ni asepsie, mais s'y opposent. N'est-ce pas aussi incroyable que l'existence dans la patrie de Jenner, d'une ligue de médecins contre la vaccination ? Cela est pourtant.

Le spectacle navrant, que j'ai sous les yeux depuis sept ou huit jours, et dont suit la fidèle relation, montre comment peut attenter à la vie de ses clients, le médecin—par définition, *celui qui professe l'art de soulager ou de guérir.*

Dans la nuit du 25 Février, on est venu me chercher pour une femme en travail. Mon intervention était, en apparence, réclamée par B... le praticien connu. En réalité, la famille avait imposé le concours d'un homme du métier. La chose était claire.

— « Ma belle-sœur, Mme G..., me dit la personne qui venait me « chercher, est en travail depuis cinquante ou soixante heures. Je « suis fort préoccupé. Ma propre femme a failli mourir en cou- « ches. Elle était assistée par le Dr N..., médecin des hôpitaux, « qui a fait plusieurs applications de forceps sans réussir à ex- « traire l'enfant. Alors nous avons eu recours au Dr O..., spécia- « liste qui a broyé la tête. Depuis, grâce à ses soins, ma femme « a mis au monde un enfant vivant. Ma belle-sœur n'est pas en-

des années — ceux-là grâce à l'asepsie — en chirurgie gynécologique. Pasteur qui, dit-on, sanglota à la mort de la petite Pelletier, aurait versé des larmes de colère, s'il avait connu les abus opératoires rendus possibles par son immortelle découverte. Dans le corps médical, les physiologistes seuls, les expérimentateurs, et du caractère de Vulpian, lui paraissaient hommes de science. Qu'aurait-il pensé de l'usage de sa méthode pour se dispenser de tout diagnostic, de toute thérapeutique conservatrice ? Je me suis consacré il y a seize ans à l'étude de la gynécologie et depuis cette époque, dans une clientèle forcément restreinte, chaque semaine j'examine des femmes auxquelles on a proposé sans aucune raison valable, comme remède, la castration.

« tre les mains d'un accoucheur. Elle a un bon médecin; mais « moi aussi j'avais un bon médecin, et il a été insuffisant. »

Sur ces entrefaites, nous arrivons. B... m'apprend que la dilatation ne progresse pas, qu'elle a été complète à un certain moment, que les contractions sont insuffisantes et la tête arrêtée dans l'excavation.

— L'enfant est-il vivant?

— Vivace même. Je n'ai pas ausculté pour ne pas fatiguer la malade. C'est inutile puisqu'elle sent remuer.

— Eh bien! allons la voir.

La chambre était remplie d'un fort parfum de chloroforme. La parturiente en respirait à volonté sur un mouchoir.

— Êtes-vous partisan du chloroforme ? me demanda B...

— C'est une excellente chose quand il est donné à propos... Voulez-vous me faire remettre les antiseptiques dont vous vous servez pour que je me lave avant l'examen ?

On me remit un paquet d'acide borique de 0 gr. 50 (*sic*). Il n'y avait pas d'autre antiseptique dans la maison. On se servait d'huile de table, pour le toucher.

J'envoyai chercher à la pharmacie voisine une solution mercurielle et de la vaseline boriquée. En attendant ces préparations je mis le temps à profit. Si je n'avais été déjà suffisamment édifié sur les mesures de prudence, par l'absence d'antiseptiques, un simple coup d'œil aurait suffi à me prouver que les doctrines pastoriennes ne régnaient pas en ces lieux. Une sorte de vieille portière tenait lieu de garde. Elle torchonnait le plancher, et garnissait la vulve. La cuvette même était sale. Des ciseaux ensanglantés traînaient sur un piano. En les apercevant, je devinai qu'on avait incisé l'orifice... Une femme qui accouche en de pareilles conditions peut être comparée au soldat qui traverse une pluie de projectiles. Échapper à la mort ou aux blessures est affaire de chance.

Mme G... robuste, haute en couleur, avait l'aspect d'une campagnarde plutôt que d'une citadine. La rougeur du visage n'était

peut-être pas toute naturelle, ni même le seul effet du travail. La peau était chaude. A la main j'évaluai la température à 38°. Pouls rapide. Plaintes incessantes. L'utérus durcissait à chaque gémissement; mais les contractions insuffisantes étaient encore affaiblies par le chloroforme. Au palper, gauche antérieure, tête engagée profondément. A l'auscultation, l'utérus étant en plein repos, on entendait, au foyer des gauches antérieures, les battements du cœur fœtal; très espacés, très lents. J'en conclus que ce fœtus allait succomber.

On apporte les antiseptiques. Je me lave, je garnis ma manche d'une serviette propre, et je touche. Le doigt bute immédiatement contre une bosse séro-sanguine volumineuse. L'orifice a la grandeur d'une pièce de cinq francs. Il est dur, épais, insensible. C'est un cas de rigidité anatomique.

Nous allons délibérer dans la pièce voisine.

— Qu'en pensez-vous? me dit le Dr B...

— Je pense que nous avons affaire à un cas assez banal d'orifice coriace. Il y a rigidité anatomique de l'orifice. Je dis anatomique parce que cet orifice est aussi insensible et aussi épais qu'un morceau de gros cuir percé d'un trou. S'il n'y avait que cela, je ne serais pas inquiet, et je le suis... extrêmement même... d'abord parce que...

J'hésitai, pensant en moi-même parce qu'on n'a pris aucune précaution antiseptique. Je repris : d'abord parce que l'enfant est mort.

— Mais, vous avez entendu les battements?

— Oui les battements d'un cœur mourant. De plus je vous avoue que dans mon pronostic je ne pense même pas à l'enfant; je pense à la mère, et nous serons heureux si...

— Voulez-vous me faire un plaisir ? ne dites pas que l'enfant est mort.

— Soit: mais il faut couvrir notre responsabilité; la vôtre et la mienne. Je dirai donc qu'il est compromis. Reprenons le pronostic. Il est grave parce que cet enfant mort ou qui va mourir, se

putréfiera. Il est encore grave parce que la mère est surmenée. Le travail a été trop long. Maintenant passons au traitement. Nous ne pouvons appliquer le forceps la dilatation n'étant pas suffisante. La seule chose à faire est d'exciter les contractions. Nous avons à notre disposition un bon moyen, le bain très chaud, un peu prolongé. Quarante à cinquante minutes de durée, température 40°. Le moyen est sans danger. Douloureux dans les cas de rigidité spasmodique, il est au contraire supportable dans ceux de rigidité anatomique. Enfin, il est essentiel de supprimer le chloroforme formellement contre-indiqué par l'inertie utérine. Je serais étonné que le bain échouât, et même la simple suppression des anesthésiques.

— Et les débridements de l'orifice ? demanda B...

— C'est une porte ouverte aux germes, d'ailleurs vous en avez fait, ce me semble, et sans résultat.

Cette consultation terminée, la famille fut priée de venir écouter nos décisions et je pris la parole :

— Nous pensons, mon confrère et moi, qu'il est indiqué de terminer cet accouchement aussitôt que possible. Malheureusement le forceps n'est pas applicable, et le Dr B... a prudemment agi en refusant cette opération qui tuerait l'enfant et la mère, le passage n'étant pas assez ouvert. Nous sommes d'avis pour faciliter cette ouverture de donner un bain chaud et prolongé. Alors le forceps sera appliqué sans temporiser, car la situation est sérieuse. L'enfant vit encore: mais ne comptez pas sur lui; songeons exclusivement à la mère épuisée par ce long travail.

Il n'y avait pas de baignoire dans la maison et les établissements restèrent clos. Nons décidâmes alors, mon confrère et moi, de procurer à la malade un repos aussi complet que possible, pendant quelques heures, en lui faisant une injection hypodermique de morphine. J'eus regret plus tard de cette décision et je me la reprochai en constatant les conséquences de la seule suppression du chloroforme. Je cédai à ce désir de soulager qui

avait déterminé B... à conseiller les inhalations anesthésiques, toujours déplorables quand l'utérus est inerte.

Avant tout préoccupé de l'antisepsie négligée, je fis moi-même le savonnage du bas-ventre, des poils du pubis, de la vulve, du sillon interfessier, de la face interne des cuisses, que toutes mes clientes font dès le huitième mois de la grossesse, et une abondante irrigation vaginale. Puis je garnis la vulve avec de la gaze iodoformée. Précautions vaines ; les germes avaient déjà pénétré, et commencé l'œuvre de mort.

Rendez-vous avait été pris pour neuf heures du matin. Au moment où j'arrivai, la femme était dans son bain. Installé dans la pièce voisine, j'écoutais avec anxiété ses plaintes. C'était toujours le même gémissement, vite étouffé, comme si la contraction utérine naissait et mourait en même temps. J'appelai le mari.

— Est-ce qu'on donne toujours du chloroforme ?

— Oui, monsieur.

— Il faut le cesser de suite, et complètement.

Dix minutes ne s'étaient pas écoulées que les gémissements se changeaient en cris de bon augure.

B... arrivé, et la femme remise au lit, j'examinai et constatai que la dilatation n'avait pas varié, ce qui ne m'étonnait pas; mais les bords de l'orifice étaient amincis. Cela suffisait pour me persuader de l'efficacité du traitement.

La patiente réclamait le chloroforme et B... me demanda si l'on ne pourrait en donner un peu :

— Gardez-vous en bien, lui dis-je. Nous sommes en bonne voie, et il faut se hâter.

A midi, la dilatation égalait en grandeur la paume de la main. Trois quarts d'heure plus tard elle était complète et s'accompagnait de violentes contractions expulsives avec cri guttural.

J'envoyai chercher B... et me préparai pour l'opération; mais le travail marchait si rapidement que je résolus d'éviter toute lésion opératoire, si petite qu'elle fût, et à une heure et demie

je dégageai,en ménageant l'intégrité du périnée, un fœtus moyen dont la sortie fut accompagnée par des gaz fétides.

Je nettoyai immédiatement la cavité de l'œuf, à l'aide d'une sonde introduite jusqu'au fond de l'utérus, et l'irrigation continue d'après la méthode de Pinard et Varnier fut décidée. La délivrance eut lieu spontanément. Le placenta était fétide et découronné, ce que j'ai toujours vu en pareil cas. Six litres de solution mercurielle furent injectés dans l'utérus. Deux heures plus tard une sage-femme, expérimentée et dévouée, remplaçait la vieille portière qui servait de garde, et un courant continu d'eau saturée de naphtol β arrosait les organes génitaux du fond de la matrice à l'orifice vulvaire.

Le soir la température était de 38°9, l'expression du visage très congestionné, satisfaisante, le pouls petit et très rapide.

Le lendemain matin, température : 38°. Visage bon. Pouls petit et rapide. J'étais mécontent de voir que l'irrigation continue ne ramenait pas le thermomètre à la normale. De plus la malade vomissait tout ce qu'elle prenait. Évidemment l'adynamie menaçait, quelle que fût la vigueur de la constitution. Aucun aliment n'avait été pris ou gardé depuis le vendredi et nous étions au mardi. Le ventre était souple, indolore ; tympanisme modéré ; aucune diarrhée. Utérus fortement rétracté. Légère douleur à la pression près de l'aine gauche. Je revins à midi, je revins le soir ; je renonçai à ma clientèle par prudence. L'issue me semblait peu douteuse ; mais je voulais,tout en préparant la famille à ce déchirement, en reculer l'instant par ma fréquente présence et par un air de confiance dans les efforts faits pour réparer ce qui aurait dû être évité. Ce n'était pas mon intérêt. Plus avisé, voyant la partie perdue, et sachant qu'en pareil cas, la responsabilité, nullement engagée en réalité, l'est en apparence par l'assiduité des soins, je me serais tenu à l'écart dès le principe, me bornant à des conseils et non à une intervention active ; mais ce n'est pas mon tempérament.

Dans la journée le thermomètre atteignit 39° après retrait de

la sonde dont les yeux étaient bouchés par des débris de toutes sortes. Le lendemain matin: visage toujours bon, pouls plein et moins fréquent, ventre souple, utérus étonnamment rétracté, nausées un peu moindres ; mais la température ne s'était pas abaissée au-dessous de 38° et pour moi la température est le critérium de la situation. L'impuissance de l'irrigation continue à ramener vers 37° le thermomètre avait, à mon sens, une signification grave. L'eau injectée revenait claire comme l'eau de roche. Il y avait donc suppression radicale des lochies, à la quantité et la qualité desquelles les anciens accoucheurs accordaient avec raison tant d'importance. La malade courbaturée, les seins flasques, se plaignait de la fatigue causée par l'appareil. Du bouillon américain et un peu de cognac avaient été seuls conservés. Les nausées obligeaient à une extrême réserve dans la quantité des aliments.

— Tout n'est pas perdu ? demanda le père qui voyait mon mécontentement.

— Non, tout n'est pas perdu, répondis-je ; mais l'insuccès relatif du traitement, le maintien de la température à 38° depuis l'accouchement, prouvent qu'à ce moment une dose déjà forte de poison avait été absorbée, et l'infection est répandue dans l'organisme entier. Elle n'a aucune tendance à se localiser. Tout dépend de la quantité et de la virulence des germes que le sang charrie ; deux inconnues.

A midi je me rencontrai avec B... et nous eûmes un moment d'espoir. Le thermomètre marquait 37° 8 ; mais le lendemain matin, fin du troisième jour, je fus accueilli par ces mots terriblement significatifs : « elle n'a pas bonne mine, ce n'est plus son regard. » Rien n'était changé que « cela » ; mais « cela » est tout pour un clinicien. La température n'avait guère varié, oscillant entre 38° et 39°. Sur notre ordre, la sage-femme n'avait pas retiré la sonde. Quoique le liquide du seau fût limpide, quelques détritus grisâtres fixèrent mon attention. J'examinai les voies génitales et dès que j'eus entr'ouvert la vulve, je vis que la partie

était irrémédiablement perdue. L'infection avait la forme diphtéritique ; le canal pelvien était tapissé de fausses membranes semblables aux détritus nageant dans le seau.

Tampons et pinceaux d'ouate, brosses molles ou dures étant insuffisantes pour enlever ces fausses membranes dont les filaments adhéraient à la muqueuse sous-jacente, je les raclai avec la curette, opération très douloureuse sur la vulve, supportable dans le vagin, à peine sentie dans la cavité utérine.

De cette dernière je ne ramenai rien qui ressemblât à des fausses membranes. Pour éclairer et distendre le vagin, je me suis servi d'une valve de spéculum que je plaçais successivement sur les diverses parois. Je grattais la paroi opposée. Le canal génital fut abondamment irrigué avec la solution de naphtol et la malade installée dans son lit sans appareil. Il fut convenu que les injections seraient renouvelées toutes les heures ; sauf refus de la malade. Elle les accepta pendant une partie de la nuit. Vers le matin elle demanda une piqûre de morphine, et la sage-femme sachant que cette malheureuse était condamnée céda à ses supplications bien que la morphine eût été interdite.

Dans la matinée la température était de 38°. Légère divagation depuis la veille avec des intervalles de lucidité.

J'annonçai à B... que j'abandonnais la partie. Admettant l'analogie entre la diphtérie et l'infection puerpérale à forme diphtéritique, il voulut faire usage des injections de pétrole.

On l'employa et la température s'éleva progressivement. Elle était de 40° le lendemain matin et depuis la veille au soir les fausses membranes partout reformées envahissaient le siège couvert d'une rougeur érythémateuse. La peau était érodée aux endroits qui avaient supporté la pression du bassin. On voit par là, quelle était l'adynamie de cette femme totalement épuisée, incurablement infectée.

Le sixième jour au matin, l'état de Mme G... ressemblait beaucoup à celui des jours passés : ventre souple, utérus petit, langue rouge, humide, pas de diarrhée, très peu de tympanisme, aucun

frisson, hoquet et nausées ; mais la température avoisinait toujours 40°, les fausses membranes avaient envahi les petites plaies du siège, et les narines s'amincissaient, tous les traits du visage étaient tirés. La fin approchait. La malade tourna son regard vers mon confrère et vers moi et dit :

— Laissez-moi mourir !

Ce mot fut entendu dans la pièce voisine. Là, étaient assis le père et la mère de cette jeune femme, deux vieillards. Ils se tenaient serrés, les mains enlacées ; de grosses larmes roulaient de leurs yeux ; tout leur corps tremblait.

Je demeurai immobile ; mon confrère s'approcha d'eux, essaya de leur parler, et j'eus ce pénible spectacle de voir qu'ils le repoussaient. Il revint à moi l'air irrité.

Au même instant un sanglot fut étouffé près de nous et nous vîmes la garde s'enfuir.

— Comment, me dit B..., la garde aussi pleure !

— Excusez-la ; elle n'est pas habituée à ce genre de spectacle.

— Je n'y comprends rien, reprit-il ; ils ont l'air de m'en vouloir.

Je l'accompagnai jusqu'à sa voiture ; je le laissai partir après l'avoir prié de revenir le soir en ajoutant que tout s'expliquerait, qu'il s'était mépris ; puis je remontai. Je priai le père et la mère de m'accorder un instant d'entretien et sachant à quel courage exceptionnel j'avais à faire, j'entrepris la tâche difficile de sauvegarder mon confrère, et d'adoucir l'amertume de ces cœurs blessés.

— Pardonnez-moi, leur dis-je ; mais le Dr B... part froissé. Lui et moi avons cru remarquer que tout à l'heure vous le repoussiez. Je sais combien est grande votre douleur ; mais je ne voudrais pas et vous ne voudriez pas vous-mêmes qu'elle s'égarât en récriminations inutiles ou mal fondées. Parlez-moi en toute franchise :

— Nous voulions être seuls, répondit le père... Il s'arrêta, puis reprit avec explosion : « Ah ! monsieur si nous vous avions

« appelé vingt-quatre heures plus tôt ; si ce bain que vous avez prescrit avait été donné alors... »

Par ces mots ma tâche était facilitée. Il n'en eût pas été de même, si l'on m'avait dit :

« Ah ! monsieur toutes ces précautions que vous avez prises à peine arrivé, tous ces lavages de vos mains, ces nettoyages, ces injections, que ne les a-t-on faits plus tôt?» Je serais resté muet. Tandis que je pus répondre en toute sincérité :

— Même si vous m'aviez appelé douze ou vingt-quatre heures plus tôt, même si le bain avait été pris à ce moment, même si l'accouchement l'avait suivi, le malheur n'aurait peut-être pas été évité. Votre fille a été empoisonnée par un germe venu on ne sait d'où. Il n'est pas impossible qu'elle le portât en elle avant tout travail car on l'a trouvé dans le vagin de certaines femmes enceintes. Vous voyez donc combien il serait téméraire de juger en pareille occasion. Le Dr B... a, comme médecin, rendu plus d'un service à votre famille. Je suis persuadé que vous effacerez d'un mot, ce soir, à sa venue, l'impression qu'il vient d'emporter

— Nous le ferons monsieur, répondit la mère.

En effet le soir, en arrivant, je vis à la figure satisfaite de B... que les pauvres gens avaient eu cette grandeur d'âme.

Je dis : grandeur d'âme, parce que certainement il leur restait une arrière-pensée.

Ce fut notre dernière visite ; les mains de la mourante étaient froides.

Au moment de nous séparer B... me dit :

— Il y a des accoucheurs qui prétendent qu'ils n'ont jamais de ces cas-là. Le croyez-vous ?

— Je ne le crois pas, répondis-je, j'en suis sûr.

Aux plus tragiques événements se mêle souvent quelque comédie. Elle fut donnée en cette circonstance par un médecin des hôpitaux qui, sans prévenir B... ni moi, sans être demandé par la famille, vint quelques heures avant la fin, parce qu'un frère de la malade était élève dans son service. Ledit

médecin aurait pu, sans froissement, donner une marque d'intérêt à son externe ; mais il eut le tort de tout examiner, et de se permettre à haute voix observations et critiques. Il montra ainsi que sous un apparent intérêt, se cachait le besoin de faire l'important, et ce faisant il se révéla aussi extraordinaire dans le fond qu'il l'était dans la forme.

Au moment de son arrivée, mon élève sage-femme, qui avait ordre de ne rien refuser à la mourante, venait d'insérer sous la peau deux centigrammes de morphine. Il blâma la chose disant qu'il fallait faire manger cette moribonde et que dès le début on aurait dû gorger d'œufs crus son estomac, qui, de la première à la dernière heure, ne put rien supporter. Il prit la vessie pleine pour l'utérus qu'il déclara gros, et s'étonna sur cette constatation, qu'il n'y eût pas encore (*sic*) de péritonite. La sage-femme avait grande envie de mettre sous ses yeux son livre de cours, pour lui apprendre que dans ce genre de septicémie, décrit autrefois sous le nom de phlébite utérine, il n'y a jamais de péritonite. Aucune localisation du poison. La mort survient par infection totale du sang et de l'organisme. A l'autopsie, pas de lésion, pas une gouttelette de pus. Avec ou sans fausses membranes les bactéries sont la seule signature anatomo-pathologique.

OBSERVATION LXXV

Présentation du siège complet. — Diagnostic. — Gros fœtus. — Doit-on intervenir pendant le travail? — Nécessité de la concordance des axes fœto-utéro-pelvien. — Influence de l'attitude des parturientes sur la marche du travail.

1891. — « Travail commencé depuis quarante-huit heures. Dilatation ne progresse pas. Venez, apportant ballons de Barnes ou de Champetier. »

Telle est la dépêche que j'ai reçue le 11 Février, de la localité de I... et signée par S... l'ancien agrégé d'accouchements. Je pars muni d'un appareil Champetier et de l'écarteur métallique de Tarnier. J'arrive à quatre heures. L'excellent S... qui cultive des conifères dans les environs et s'y repose d'une vie laborieuse, s'était, par complaisance, chargé de soigner Mme de K... Il y avait abondance d'antiseptiques, et d'antiseptiques puissants, dans la maison. On en usait dans une mesure qui prouve que la vieillesse n'est pas rebelle à tout progrès.

Mme de K. avait eu une grossesse pénible, terminée par trois mois de lit ou de chaise longue, à cause d'un relâchement pathologique des symphyses. S... ayant reconnu par le palper une présentation du siège, avait voulu la transformer en sommet ; efforts inutiles. A ce propos il me déclara, que le maintien de la région fœtale ramenée par l'accoucheur dans l'aire du détroit supérieur, était une utopie. Assertion extraordinairement téméraire, pour moi qui ai maintenu ou vu maintenir dans la majorité des cas la tête ramenée en bas par la version. Je le lui dis ; mais il n'en voulut démordre. Je ne connais que l'hydramnios qui fasse opposition formelle au succès des ceintures. L'incompressibilité des liquides empêche la fixation d'un fœtus qui ballotte comme un ludion. Celui de Mme de K... ne ballottait certainement pas de cette façon car il pesait 4 kilos « à vue de palper », et, quand nous l'avons tenu, il a justifié cette prévision.

Mme de K... était en travail depuis cinquante heures environ. Température : 38°9. Ventre très développé, utérus en écharpe fortement incliné à gauche. Mme de K... se tenait de préférence sur ce côté, parce qu'elle souffrait moins. Impossible de sentir la tête du fœtus, mais seulement le dos, plan résistant, interrompu au voisinage du fond de l'utérus par un sillon, le sillon du cou, et se continuant au contraire en bas avec une grosse tumeur proéminant dans l'excavation. Cette continuité suffit pour poser le diagnostic de présentation de siège. Était-il complet ou décomplété ? Mon opinion fut qu'il était complet et

que le fœtus était accroupi sur le détroit supérieur parce que la tumeur constituée par le siège était large et débordait notablement le plan latéral, ce qui n'est pas quand les membres sont relevés à la façon d'attelles sur le ventre, la poitrine et la face du fœtus.

Battements du cœur fœtal fortement et régulièrement rythmés, quand l'utérus était au repos.

Par le toucher on trouvait un orifice grand comme une petite paume de main, fortement incliné à droite, mince et tendu de ce côté, épais et flasque de l'autre ; puis une région fœtale lisse, régulière, dure. Sur cette région, presque au centre, un rebord osseux qu'un examen superficiel ferait aisément prendre pour le bord d'un pariétal en chevauchement; mais, bien exploré, l'os portait des saillies qui n'existent pas sur les os du crâne : c'était la crête sacrée. Un peu au delà vers la droite et rapprochée du pubis une tumeur très molle presque fluctuante, les parties génitales, vraisemblablement tuméfiées par la formation d'une bosse séro-sanguine. Tout contre le pubis, on avait la sensation de fermeté qui caractérisait la grosse tumeur que le doigt explorait à nu, en arrière. La fesse postérieure commençait à descendre dans l'excavation alors que l'antérieure était retenue par la paroi antéro-latérale de l'excavation. La position était sacro-iliaque droite.

Mon examen terminé, S... demanda mon avis, avec le sourire d'un vieux praticien, sceptique, mais non fermé aux nouveautés. Je conseillai de précipiter les événements, autant dans l'intérêt de l'enfant qui souffre de la longueur du travail lors même que les battements du cœur restent normaux, que dans l'intérêt de la mère déjà surmenée, comme le prouvait la température de 38°9. Pour précipiter les événements il fallait : 1° donner à la mère une situation telle que l'utérus revint sur la ligne médiane, ou mieux s'inclinât à droite, de façon que le coin fœtal pressât uniformément sur le pourtour de l'orifice et non pas seulement sur la lèvre droite ; 2° dès que les voies le permettraient, atteindre le

pied antérieur, abaisser ce pied pour engager la fesse correspondante. L'introduction du ballon Champetier ne me semblait pas avantageuse, peut-être même impossible. Restait l'écarteur Tarnier, sur le compte duquel je n'étais pas bien édifié. Enfin, quelle que fût l'issue du travail, naturelle ou artificielle, et si parfait que fût actuellement le rythme du cœur fœtal, on ne devait pas compter sur l'enfant.

Ces prémisses posées on s'occupa d'aseptiser une sonde ; car la vessie me semblait pleine. S... en doutait. L'hypogastre faisait une saillie assez notable. Il présentait ce qu'on nomme ventre à deux étages. Or la vessie pleine retarde l'engagement, déplace même la région fœtale, et fait obstacle à la délivrance. S... trouvait que par prudence mieux valait avoir recours au cathéter; mais il attribuait à l'œdème de la paroi abdominale la saillie hypogastrique, ce que démontra l'insuccès de la sonde.

L'engagement du siège avait progressé. L'introduction d'un ballon était contre-indiquée. Je voulus atteindre le pied antérieur avec la main, sans y parvenir. La dilatation se faisait toujours inégalement, car Mme de K..., épuisée, ne se couchait pas avec persistance sur le côté droit. Je l'exhortai au courage. Elle se rendit à mes exhortations et malgré l'accroissement des douleurs et les vomissements qui s'y mêlaient, elle resta bravement sur le côté droit. Elle en eut récompense ; deux heures après, l'orifice auparavant refoulé vers la droite, aminci et tendu de ce côté, flasque et épais du côté opposé, occupait le centre de l'excavation et les bords minces sur toute la circonférence, supportaient, partout également, la pression du siège. La dilatation égalait la paume de la main. Il était minuit et demi environ.

Vers trois heures du matin, la famille alarmée me fit prévenir. Les douleurs avaient cessé. La patiente épuisée demandait à changer de position déclarant qu'elle n'en pouvait plus. « C'est peut-être, lui dis-je, un bon signe, celui de la fin du travail. » En effet la dilatation était complète et du bout de l'index on

atteignait derrière la branche horizontale droite du pubis le talon du pied antérieur.

— Voilà, ce que j'appelle des voies faites, me dit S...

Alors commença entre nous une petite discussion, lui représentant la vieille école, moi la jeune. Il s'agissait de décider si l'intervention était opportune. S... la considérait comme désastreuse pour l'enfant, les retards causés par la déflexion possible des membres supérieurs devant laisser au fœtus le temps de mourir au passage, s'il respirait prématurément. Il ne voyait pas d'inconvénient pour la mère à la prolongation du travail. Moi je pensais, que l'intervention pouvait être désastreuse pour l'enfant, en tous cas compromis, mais qu'on devait épargner à une femme déjà surmenée, les longues heures d'expulsion de ce gros fœtus (1).

— Aux jeunes d'agir, aux vieux de regarder, dit S... nous allons voir.

Mme de K... fut mise en situation obstétricale et un peu de chloroforme donné pour l'introduction de la main. Je saisis et amenai à l'entrée du vagin le pied antérieur, le bon pied; puis j'engageai la parturiente à pousser.

Les difficultés de l'opération me donnèrent l'idée du temps qu'aurait exigé l'accouchement naturel. J'eus d'abord toutes les peines du monde à défléchir la cuisse antérieure, à la faire descendre dans l'excavation, ce qui était capital. Mes doigts n'a-

1. Le surmenage des parturientes a la plus haute importance. L'infection est en tous cas favorisée, et peut être créée par lui. C'est un fabricateur de toxines. Des opérations jadis mortelles, aujourd'hui conservatrices de deux existences, doivent leur succès, non seulement à la rigueur de l'asepsie, mais à leur exécution avant surmenage.

A ce propos je rappelle que certains procédés de massage, par le repos et la détente qu'ils procurent, facilitent l'élimination des toxines des accouchées surmenées et abaissent la température. *Indications et contre-indications du massage* (Paris, Vigot frères).

vaient aucune prise et glissaient. Enfin je pus saisir à pleine main la jambe. Dès lors, l'extraction progressa régulièrement ; mais non sans peine, à cause du volume de l'enfant. Au moment où la partie supérieure du tronc parvint à l'orifice vulvaire, du sang s'écoula sans la moindre tension du cordon qui ne battait plus. J'en conclus que le placenta se décollait par l'effet de la rétraction utérine. Il fallait aller prestement. Introduisant toute la main en arrière dans la concavité sacrée, par-dessous le tronc du fœtus relevé, j'atteignis et abaissai sans difficulté le bras postérieur. L'autre fut alors extrait aisément. La tête suivit par la méthode de Mauriceau. L'enfant était mort et ne put être ranimé.

« Eh bien, me dit S... voilà qui ne me réconcilie pas avec « l'extraction dans la présentation du siège. L'expulsion aurait « eu des résultats peut-être meilleurs ; en tous cas pas moins « bons. »

Je crois les principes de S... excellents chez les femmes qui ont un travail régulier et relativement rapide. Ils perdent, à mon sens, leur justesse, quand le travail se prolonge au delà des limites normales. La dilatation étant tout à fait complète, il est avantageux pour la mère qu'on abrège ses souffrances, et moins le fœtus sera exposé aux troubles circulatoires que détermine le travail, plus la vitalité sera grande, et, partant, la force de résistance aux opérations.

Mme de K... se délivra, spontanément, et le placenta s'offrit par sa face utérine. Il était découronné, fréquente conséquence d'un travail très prolongé.

Le thermomètre dépassa 38° dans l'après-midi des jours qui suivirent. La montée du lait retardée, annoncée le 16, était complète le 17. Des membranes fétides sortirent le 15. On se contenta d'antisepsie vaginale.

Le 19 Février le thermomètre s'abaissait au-dessous de 37°, et se maintint entre 36° 3 et 37° 5, à partir du 22.

OBSERVATION LXXVI

Traitement d'un nœvus.

Vers le quinzième jour de la naissance deux taches érectiles se développent sur la paume droite de l'enfant de Mme V..., près du pli digito-palmaire de l'annulaire. Deux traînées rougeâtres contournent le cinquième métacarpien, et envahissent la face dorsale de la main. Contrairement aux *nœvi* congénitaux, visibles à la naissance même, palpébraux d'ordinaire, circonscrits, vite atténués et tôt disparus en règle, ces taches tardivement parues, arborescentes, prospères au point de pousser leurs ramifications de jour en jour, devaient être traitées de suite et énergiquement.

Par la vaccination ou par le cautère? Saint-Germain, consulté, penche pour la vaccination sur les *nœvi* palmaires primitifs, et la compression des prolongements dorsaux. Il semble que la suppression des foyers initiaux doive entraîner celle des arborescences. Douze scarifications sont pratiquées sur les deux petits foyers. Elles sont recouvertes de pulpe vaccinale fraîche. Cinq jours plus tard, on aperçoit deux boutons qui pointent à peine. Cet enfant rentre donc dans la catégorie de ceux sur lesquels le virus vaccinal germe difficilement. Un fait le prouve encore : avant l'apparition du nœvus il avait été inoculé au bras sans succès. Autre preuve : sept à huit nouvelles scarifications arrosées de pulpe avortent le cinquième jour, et les deux pustules primitives se dessèchent de suite. L'évolution totale y compris la durée des croûtes ne dépasse pas dix jours.

Combien importe la qualité du terrain dans la germination du virus! (Voyez le fait signalé dans l'obs. L: terreau à variole et à vaccine.) La marche de la vaccine est tout à fait comparable à celle de la variole. Il y a des vaccinoïdes comme il y a des varioloïdes. Le mot a été déjà employé concurremment avec

celui de vaccinelle, dans le sens de fausse vaccine. Ce n'est pas celui que je donne à vaccinoïde.

Les taches érectiles, disparues sur l'emplacement du vaccin, se reforment aux alentours. Saint-Germain a recours aux cautérisations ponctuées de ce *nœvus* qui cerne puis envahit les commissures digitales et grimpe le long du bord cubital de l'auriculaire.

Je revois l'enfant, après une absence, le 27 Août. Saint-Germain l'a cautérisé deux fois en trois semaines. Les traînées de vaisseaux, que j'ai signalées, se sont accrues de nouvelles ramifications. Le *nœvus* passe à cheval sur les commissures auriculo-annulaires et médio-annulaires.

Le 9 Septembre, je remplace Saint-Germain absent à son tour. Nouvelle cautérisation. La propagation se fait par îlots rouges que des traînées vasculaires unissent rapidement. C'est exactement le mode de formation des vaisseaux chez l'embryon.

La main cautérisée l'avant-veille offre un œdème considérable. Supposant que le pansement à la vaseline préconisé par Saint-Germain favorise l'inflammation périphérique et l'infiltration des tissus, ou du moins ne s'y oppose pas, je me décide à employer les enveloppements humides permanents avec la solution de biiodure ioduré, glycérinée. Ils sont antiphlogistiques et desséchants. J'en ai donné la formule dans l'obs. LV.

Pansement inter-digital, palmaire et dorsal, avec ouate hydrophile trempée dans la solution ; par-dessus, petite bande de gaze ; puis je trempe toute la main ainsi bandée dans la solution. Ce bain, ou plutôt cette immersion, est renouvelée une fois ou deux dans la journée. Dès le lendemain l'œdème a diminué. Le surlendemain, il a disparu. Le cinquième jour ou peu après on peut laisser la main sans pansement. Avec le traitement ordinaire (vaseline boriquée), le gonflement était au maximum le cinquième jour ; le dixième seulement les tissus étaient revenus à leurs dimensions normales.

Nouvelle cautérisation quinze jours plus tard. Traitement par

le biiodure, d'emblée. Aucun œdème, même dans les premières vingt-quatre heures. Les tissus restent normaux. Je m'aperçois que de nouvelles taches paraissent et que d'autres qui avaient persisté augmentent. Je me décide alors à cautériser les plus petits points non avec le thermo, trop gros, mais avec un fin stylet rougi. Je fais vingt-cinq ponctuations environ. A la fin d'octobre le *nævus* avait entièrement disparu.

Lors des dernières opérations, j'ai dû m'arranger de façon à épargner la vue des préparatifs et même celle de ma personne à l'enfant, car, si petit qu'il fût, dès qu'il apercevait le bourreau, son visage exprimait une véritable angoisse.

OBSERVATION LXXVII

Élevage. — Hygiène et alimentation du premier âge. — Influence de la dentition. — Documents médicaux et vétérinaires.

1891-1907. — La méthode par laquelle j'ai rendu prospères et vigoureux les enfants originellement sains est la suivante : lait de femme exclusivement pendant six mois, lait de femme et de vache à partir de six mois, farine Nestlé après huit mois, puis soupes variées, panades et bouillies faciles à cuire, (la bouillie ordinaire bannie, à cause de la longueur de cuisson et des soins qu'elle exige); vers un an le sevrage, facilité par les modifications graduelles de l'alimentation ; dès lors cinq repas par jour. Au lever : racahout, soupes au lait, farines variées; à dix heures : lait à boire ; à une heure : soupe et lait; à partir de dix-huit mois, œufs à la coque dits en lait, c'est-à-dire sans glaires ni albumine solidifiée, puis filets de sole et cervelles ; à quatre heures : lait à boire ; à six heures : soupe et lait. Dans la journée croûtons de pains très rassis et durs, à sucer et mâcher. Au cours de la troisième année, nourriture variée; mais encore spéciale : poulet, légumes choisis, farineux, jus, gelées, etc., le lait dominant l'alimentation,

à la dose de un litre par jour jusqu'à trois ans. De l'eau pure à boire ; pas une goutte de vin avant cinq ans au moins.

L'enfant doit être habitué graduellement à manger de tout, en choisissant cependant. Point de repas copieux, d'assiettes trop remplies. Ne pas laisser un aliment par préférence gourmande pour un autre ; mais les parents se garderont de prendre pour fantaisie, l'instinct qui pousse l'enfant à choisir, au moment de l'évolution des germes dentaires et des réflexes qui en résultent, entre les divers aliments dont il s'accommode d'ordinaire. Exemple : un enfant refuse toute nourriture, ne le forcez pas ; un enfant élevé comme je viens de dire, refuse vers huit mois les soupes et le lait de vache; qu'on lui donne exclusivement le sein qu'il réclame; dans le cours de la seconde année s'il refuse tout aliment autre que le lait de vache, contentez-vous-en, etc., etc. Par contre, ne pas confondre instinct et caprice.

Contre les troubles organiques réflexes, peu accusés, et sans gravité avant le troisième mois chez l'enfant élevé au sein, plus marqués, périodiques après cette époque, et en correspondance avec l'évolution plutôt qu'avec l'éruption dentaire, qui débute entre six et huit mois, les agents physiques suffisent en général : bains à 32° ou 34°, quotidiens si l'enfant ne pâlit pas, ne crie point pendant ou après l'immersion, et reste marbré ; promenades journalières sous même condition ; aération, lumière, chaleur solaire, sans exposition directe aux rayons, chaleur artificielle ; frictions douces. Comme médicaments : eau de Vichy, eau de chaux, phosphate de chaux, huile d'amandes douces, huile de ricin (1);

1. Contre les couches vertes du premier âge, voici une formule dont le succès est assez fréquent pour que je la recommande :

R.

Huile de ricin :	7 gr.
Jaune d'œuf :	7 gr.
Eau de fenouil :	40 gr.

M.

Sirop de fleurs d'oranger :	20 gr.

A prendre par cuiller à café. Une avant chaque tétée. La potion s'altère à la chaleur et doit être renouvelée toutes les quarante-huit heures.

les bottes d'ouate, qui recouvertes de taffetas imperméable produisent une sorte de bain de pied continu. Jamais — au grand jamais — de sinapisme sous quelque forme que ce soit. Avec cela on franchit, en général, le mauvais pas que le vulgaire met avec raison au compte de la dentition.

Les accidents ou phénomènes réflexes de la dentition existent quoi qu'on en ait dit. Les médecins qui les nient n'ont jamais élevé ni par conséquent suivi au jour le jour, des enfants pendant la croissance. Devenus pères de famille, ils ne les nient plus, les admettent et les constatent chez eux et chez les autres.

Suivant une règle inconnue et à laquelle je n'ai pas encore trouvé d'exception, l'évolution des germes dentaires et les accidents qui en résultent, bénins ou graves, débutent avec le troisième mois. L'évolution est annoncée par la salivation et la diminution relative du gain hebdomadaire. De légers troubles, d'ordinaire digestifs, l'amollissement des tissus, leur moindre coloration, des cris, de la nervosité l'accompagnent. Plus tard, aux réflexes sans gravité, tels que le besoin impérieux d'uriner, et l'impossibilité de se retenir même si l'enfant est propre, ou au contraire la diminution des urines, se joignent des troubles plus sérieux. En général, les accidents sont toujours de même nature pendant l'éruption des vingt dents de lait, avec prédominance pour le groupe des incisives. Ce seront : la toux, les congestions fugaces pulmonaires, les péri-pneumonies, les pharyngites variées, les gastro-entérites ou les accidents nerveux, plus redoutables. Lorsqu'un enfant est atteint d'affection chronique telle que l'eczéma, la maladie subit des poussées réflexes à chaque crise dentaire. Au moment de ces crises et dans les deux premières années, les enfants élevés artificiellement, au lait même stérilisé, sont beaucoup plus exposés que les enfants à la mamelle.

Donc les accidents de dentition sont une réalité, et l'élevage au sein prémunit contre eux ou atténue leur gravité. Les parents, qui, sans nécessité absolue, adoptent, et le médecin qui conseille sans réserve, et déclare équivalente à l'alimentation par une

bonne nourrice, l'alimentation artificielle, encourent de sérieuses responsabilités, pour le présent et l'avenir.

Je ne suis pas de ceux qui disent : « Toute mère peut nourrir son enfant. » Je ne sais si on l'a écrit ; mais on l'a dit, pour propager une idée morale. L'axiome est digne de Bernardin de Saint-Pierre. Autant vaut prétendre que tout arbre fruitier donne des fruits quand vient la saison. L'art médical et vétérinaire, les observations des agriculteurs, des forestiers, des veneurs, contredisent formellement l'axiome — toute mère peut nourrir son enfant — créé pour les besoins d'une excellente cause, celle du devoir maternel.

Dans les six ou sept premiers mois, aucun lait ne vaut celui de la femme. Je dis à dessein : de la femme. En effet, le sein de la mère n'est pas constamment préférable à celui d'une nourrice, pour la quantité comme pour la qualité.

Examinons d'abord les faits relatifs au défaut de quantité, chez l'animal et dans l'espèce humaine.

Les chiennes de race sont souvent privées de sécrétion lactée. Les maîtres d'équipage connaissent la chose. Plus l'animal est affiné, plus il y a chance que sa portée ait besoin de nourrice. On la confie à des chiennes bâtardes.

J'ai lu dans une étude sur l'allaitement maternel, que les éleveurs n'oseraient mettre les poulains de race à un autre pis que celui de la mère ! Malheureusement il en est des juments de race, et quelquefois aussi de demi-sang, comme des chiennes de haute lignée. Le lait peut leur manquer. Ce qui a donné créance à l'erreur, c'est que la jument accepte difficilement un autre poulain que le sien, sauf dans les premiers jours, et encore faut-il user de subterfuges. La vérité est que nos éleveurs sont enchantés quand une jument sans blason veut bien prêter sa mamelle à un descendant des croisés dont la mère est à sec ou revêche. Car il y a, je le répète, des juments sèches, qui ne peuvent ou ne veulent se laisser téter par leur petit, bien que le pis ne soit ni tendu ni douloureux. Dans ce cas, on constate que la traite

donne seulement quelques gouttes d'un liquide séreux, alors que normalement le lait jaillit à la moindre pression des doigts et les poisse. Le pis de ces mauvaises laitières se flétrit rapidement tandis que la santé de la bête reste parfaite ce qui indique l'absence de toute mammite. Pleines à nouveau, ces juments élèvent parfois leur poulain.

Si jamais glande a démenti l'axiome physiologique, vrai pourtant — l'organe ne crée pas la fonction, la fonction crée l'organe — c'est la mamelle. Combien de femmes désireuses d'allaiter sont privées de cette satisfaction convoitée, parce que ni les suites de couches les plus physiologiques, ni, parfois, une première et unique montée de lait abondante, ni l'exercice de la fonction, ni le genre de nourriture, ni tous les galactagogues du monde, ni l'auto-suggestion, ne peuvent leur donner une sécrétion régulière et suffisante ! L'enfant s'épuise à sucer. Le phénomène des montées ne se produit pas.

Examinons maintenant les faits relatifs au défaut de qualité :

Qu'une femme puisse sécréter un lait mauvais pour tout nouveau-né — le sien et celui des autres — ce dont témoignent les vomissements, l'assimilation défectueuse et la diminution du poids, cela est rare, mais se voit sans aucun doute. De même (1) certaines vaches — dans les conditions les plus diverses de pâturage, de vie, de race, etc. — donnent du lait dont la crème fournit un beurre mauvais (goût de rance). Ce lait pris exclusivement par des veaux qu'on engraisse pour la boucherie, les disqualifie si bien que le propriétaire est obligé de le mélanger à d'autre lait et de recourir aux œufs pour l'accroissement régulier de l'animal et une meilleure qualité de la viande.

Une femme peut-elle sécréter un lait mauvais pour son nourrisson et bon pour un autre ?

1. Je dois les renseignements sur les espèces bovine et chevaline, réunis dans ce chapitre, à l'obligeance d'un vétérinaire fort accrédité en Normandie, M. Morin de Gournay-en-Bray, observateur de premier ordre.

On voit des enfants profiter avec une nourrice et ne pas profiter ou même dépérir avec leur propre mère, non moins riche en lait cependant et d'un lait que d'autres enfants assimileront sans peine. Seulement même avec la nourrice qui convient le mieux le profit est relatif. C'est que de tels enfants sont malades. En ce genre, je n'ai vu que des enfants atteints d'affections du tube digestif, ou qui retentissent sur lui. Ils n'assimilent avec régularité aucun lait. Tout ce qu'on peut dire c'est qu'ils tolèrent mieux certains laits. Je n'ai jamais vu d'enfant bien portant vomir les tétées prises à sa mère saine, celle-ci donner son enfant à une autre femme qui lui passe elle-même le sien, et les estomacs des deux nourrissons s'accommoder de l'échange, au point que leur prospérité réciproque en soit assurée, mais le Dr Percheron de Paris a été témoin du fait, contrôlé par d'autres confrères encore, dans un dispensaire.

La question de moralité publique et privée ne se posant plus depuis l'application rigoureuse de la loi Roussel qui assure à tout nouveau-né le lait de femme jusqu'à sept mois, on doit sans hésiter, mais, à bon escient et non par complaisance, donner une nourrice aux enfants dont la mère ne sécrète ni la quantité ni la qualité de lait nécessaire à leur développement. C'est le meilleur parti.

Le choix d'une nourrice est-il difficile ? Non ; il suffit de se renseigner et d'examiner avec soin. L'analyse du lait n'apprend rien sur ses qualités assimilables. La chimiâtrie qui fait de l'estomac une cornue, montre là son inanité. L'enfant est le seul réactif capable de prouver par A + B qu'un lait convient ou ne convient pas.

L'enfant bien portant ne souffre pas en général des changements de nourrice, celle-ci étant suffisante. Il digère tous les laits de femme. On en voit qui prospèrent, même quand leur nourrice est malade, et j'ai cité dans l'observation L le cas d'un nouveau-né varioleux dont la progression fut régulière pendant l'évolution de deux mille pustules. Ce sont les fonctions du tube digestif

qui déterminent l'augmentation du poids et la qualité des couches, seuls baromètres de la santé des nourrissons.

Les règles, les rapports conjugaux, les changements de vie, les émotions, influent sur la quantité ou la qualité du lait; pas toujours cependant. Certains aliments influent également, mais à cet égard il y a de grandes variations individuelles.

Comparons maintenant l'allaitement naturel à l'allaitement artificiel qui, aujourd'hui perfectionné, donne de beaux résultats, inférieurs cependant à l'allaitement par les nourrices.

L'enfant élevé au sein est vivace, marbré, ses chairs sont fermes et ne s'amollissent qu'au moment de l'évolution des germes dentaires. Elles reprennent leur consistance et leur coloration quand les réflexes sont au repos. Ses selles bien digérées, ne sont pas moulées, mais analogues à des œufs brouillés, jaune d'or et d'odeur aigrelette. Il n'est pas constipé, à moins d'insuffisance de nourriture, ni diarrhéique, sauf influence éphémère de la nourrice, menstruée, alimentée avec des mets qui acidifient le tube digestif de l'enfant et verdissent les déjections, ou, encore et surtout, sauf influence des réflexes de la dentition.

Élevé artificiellement, l'enfant est plus beau pour les observateurs superficiels, plus gros, plus fort pour me servir du terme vulgaire ; mais dans cet excès de volume, il faut souvent faire la part de la bouffissure. Les chairs sont molles et blanches. Les selles bien digérées, sont boudinées, compactes, analogues à du mastic de vitrier et exhalent une odeur repoussante. Il exige des soins spéciaux et même quand ces soins sont vigilants, même quand la souche est robuste, même avec l'alimentation actuelle au lait stérilisé dont les résultats démontrent la supériorité relative, il est exposé aux accidents de gastro-entérite grave qui ont fait totalement défaut dans ma pratique, depuis trente ans passés, chez les enfants sans tare, élevés au sein. J'ai vu au contraire des enfants très surveillés, très bien portants, cités en exemple de l'excellence de l'alimentation artificielle, emportés en quelques heures par l'entérite, survenue lors d'une crise de

dentition, et se manifestant au début par la diarrhée, banale à de pareils moments chez les enfants élevés au sein; mais dont ceux-ci guérissent spontanément, par l'issue naturelle de la crise.

Dans la série animale, les poulains s'élèvent difficilement au lait de vache. Quels que soient les soins, la mortalité est très élevée. Aussi, comme je l'ai dit, quand l'éleveur possède une jument qui vient de mettre bas, si elle consent à adopter le poulain dont la mère est privée de lait, on le lui confie, même s'il est de race pure, et la nourrice de demi-sang.

Quoique les veaux s'élèvent facilement au seau, — avec du lait de leur espèce — et nous verrons de quelles précautions on s'entoure, même dans les régions normandes où ce mode d'alimentation est de règle — l'élevage au pis donne des animaux plus forts. Il n'y a pas de contestation possible. On pourrait objecter que l'élevage au pis, se pratiquant au pâturage, en liberté, les petits profitent, par surcroît, de meilleures conditions de vie (air pur, exercice, influence de la lumière et de la chaleur solaires). Non, c'est bien l'élevage au pis qui seul rend l'animal supérieur, et en voici la preuve : lorsqu'une vache, par suite d'accidents fortuits a perdu deux ou trois de ses mamelles, sur quatre qui constituent un pis normal, si le paysan, contrairement aux habitudes traditionnelles d'allaitement au seau, se décide à laisser téter par son veau ce pis incomplet, même dans ces conditions tout à fait défectueuses pour le développement du petit, ce développement sera supérieur à celui d'un veau disposant de plus de lait donné au seau ou au biberon.

De même dans l'espèce humaine, mieux vaut l'alimentation naturelle, un peu juste, que l'abondance — qui est trop souvent la surabondance, le gavage — de l'alimentation artificielle.

Même dans les régions normandes où les veaux sont élevés, en règle, au seau, on les laisse au pis pendant les huit ou dix premiers jours, sans quoi leur mortalité est considérable, ce que les vétérinaires expliquent d'abord par la privation de la bienfaisante influence du colostrum.

Le petit qui tette doit-il être réglé ?

On règle les débiles. Le propriétaire d'un poulain qui rentre dans cette catégorie, le fait téter d'heure en heure, jour et nuit, pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, puis de deux en deux heures. Après quatre jours le petit n'a plus besoin de soins, en général.

On règle aussi les petits trop nombreux (truie ayant quinze ou seize petits, alors qu'il n'y a que douze mamelles). Dans ce cas on partage la nichée en deux groupes, chacun de ceux-ci ayant la mère toutes les deux heures jusqu'à ce que les petits soient en état de prendre des pâtées.

A mon avis il n'est indispensable de régler les enfants que s'ils sont débiles ou malades. Les prématurés sont nourris d'heure en heure à la cuiller, par la bouche ou par le nez, ou par le gavage, et c'est déjà de l'alimentation artificielle, mais dans les meilleures conditions, — lait de l'espèce et sortant du sein, — jusqu'à ce qu'ils aient la force de saisir et sucer le mamelon. Alors, ils rentrent dans la catégorie commune et font six à huit tétées dans les vingt-quatre heures. La quantité de lait absorbée chaque fois, varie suivant l'âge de l'enfant, suivant le nombre de repas, la richesse du liquide nourricier, la facilité et l'abondance des tétées. L'enfant se règle lui-même ; l'important est qu'il ne se règle pas d'après sa fatigue, ni d'après sa gloutonnerie; mais sur ses besoins. Dans le premier cas il prend trop peu, s'épuise et mourrait d'inanition à force de dormir, si on ne le réveillait — procédé habituellement fâcheux, mais indispensable pour les débiles. Donc le réglage est nécessaire en pareil cas. Il l'est aussi, même pour les forts, au point de vue de la nourrice, si son nourrisson la prive de sommeil. Beaucoup d'enfants font du jour la nuit, dorment en plein midi quatre ou cinq heures d'affilée et se rattrapent par des tétées nocturnes, dont la fréquence entrave le repos de la mère. Il est facile de leur faire prendre l'habitude inverse, à condition d'agir de suite en les réveillant le jour — par exception momentanée à la règle du respect du sommeil, — et

en les laissant crier la nuit dans leur berceau, sans les promener à bras, pour les faire taire, ce qui engendre une autre habitude non moins néfaste. D'ordinaire ce petit dressage, opéré à temps, demande quarante-huit heures.

A une mamelle bien fournie, d'où le lait jaillit sans peine, l'enfant procédant par belles lampées, épuise la glande en huit ou dix minutes, se repose, et réclame ou non l'autre sein. Il doit travailler et ne pas se contenter paresseusement du trop-plein qui déborde. Les nourrices sentent bien les montées tarir et savent si le téton est vide.

Le nourrisson est-il glouton? Oui, si l'on entend par ce mot, l'avidité avec laquelle il se jette parfois sur le mamelon, et les engouements que causent sa précipitation jointe à l'abondant jaillissement, dont il se dépite. Non, si l'on veut dire gourmandise et envie de gavage. Le lait vivant et de l'espèce ne provoque pas ce besoin de plénitude. Si l'enfant prend trop, il régurgite. S'il boit avec avidité, il a tout au plus des gaz, dont on le débarrasse aisément en le plaçant verticalement, le ventre et l'estomac appuyés contre l'épaule. Une femme intelligente connaît vite les petits malaises que son enfant se crée et sait les prévenir ou y remédier. Elle ne considère pas comme sûr garant de la faim, le cri qui est parfois l'indice de coliques ou de crampes, et ne clôt pas la bouche du nourrisson, avec le sein, dès la première plainte, comme font d'autres nourrices.

A côté de ces petits troubles digestifs, passagers et restreints aux premières semaines, il en est d'autres plus sérieux, qui durent des mois et nécessitent un réglage attentif. Je veux parler des troubles de nutrition, d'assimilation, et je vise en particulier ceux auxquels sont exposés les enfants par la suppression artificielle ou la disparition spontanée des gourmes. Non seulement les eczémateux sujets à la métastase intestinale doivent être réglés pour les heures de repas, mais il importe de contrôler avec la balance ce qu'ils prennent à chaque tétée, de limiter la quantité, et de modifier la qualité, par tâtonnement, autant que

faire se peut. C'est en pareil cas qu'il convient d'essayer les changements de nourrice. Quand on n'a pas soigné d'eczémateux de cette sorte, on n'a pas idée des difficultés qu'on éprouve pour conserver au nourrisson le lait, même pris au sein, aliment primordial cependant, indispensable de par la logique, dans le premier âge, au développement de l'organisme, et d'où dépend sans doute la santé ultérieure, mais qui sous des influences inconnues, devient poison à certains moments. (Voyez obs. XCVII.).

L'allaitement artificiel, surtout tel qu'on le pratique aujourd'hui, donne de très beaux résultats ; mais on doit y recourir par nécessité seulement, jamais par choix. Son infériorité, ses dangers ne font aucun doute, et s'expliquent pour les enfants, par l'ingestion d'un lait qui d'abord n'est pas celui de leur espèce, et qui, de plus, s'altère par le repos, le transport et les manipulations propres à l'abriter des germes.

On voit que je tiens pour nuls les inconvénients pré-pastoriens. La désinfection des récipients et la pasteurisation du lait nous en ont délivrés. Je n'en parlerai même pas, me bornant à mettre en lumière, ceux dont on ne s'occupe guère et que je résume ainsi: lait animal dénaturé, c'est-à-dire cuit, stérilisé, ou simplement reposé.

Les animaux dont on se sert sont: l'ânesse, la vache et la chèvre. Je ne sache pas qu'on ait essayé en pays civilisé, du lait de truie, qui, au dire de voyageurs, serait apprécié des peuplades de la Terre de feu pour leur progéniture. Le lait d'ânesse se rapproche par sa légèreté du lait de femme et est préférable à tout autre lait animal pendant les premiers jours, surtout s'il est donné au sortir du pis, non dénaturé par conséquent. Même à six mois révolus, il rend grand service, à en juger par un enfant de cet âge, qui, habitué au biberon et pris de diarrhée cholériforme, refusa obstinément le sein et fut tiré d'affaire par le lait d'ânesse. L'économie avait été, avec d'autres préjugés, la raison déterminante de l'allaitement artificiel. Il en coûta aux parents dix francs, par jour, pendant six semaines rien que pour le lait, sans comp-

ter les frais accessoires. Encore avaient-ils la chance d'habiter Paris où il y a des ânesses. On n'en a pas partout.

J'ai vu un certain nombre d'enfants élevés au lait de chèvre, animal réfractaire à la tuberculose, ce qui représente un gros avantage quand le lait est donné cru. Quelques-uns de ces enfants avaient leur chèvre à eux, autre gros avantage, le lait n'étant pas dénaturé quand ils le buvaient au moment de la traite.

En ville, on se sert habituellement, chez les particuliers, dans les crèches, dispensaires, etc., du lait de vache bouilli ou stérilisé. C'est un lait franchement dénaturé, étant reposé et cuit. Voilà ce que certains médecins conseillent sans arrière-pensée, quelquefois dès les premiers jours, avec les coupages nécessaires et eau sucrée préalable, pour faire vomir les « flumes » qu'on n'aurait pas aperçues sans elle.

Or, quand un cultivateur, pour une cause ou l'autre, élève un veau au seau (toujours avec du lait d'espèce bovine) il se défend d'abord absolument, comme je l'ai dit, de priver ce veau de colostrum et du pis de sa mère pendant huit jours pleins ; ensuite il passe au seau ; mais il a grand soin pendant toute la durée de l'alimentation de donner le lait sitôt trait.

Les vétérinaires partagent l'opinion des cultivateurs, non point que le lait trait depuis un certain temps soit moins nutritif, mais ce lait ne doit pas être donné froid, et même réchauffé dans un vase irréprochable, il provoque des troubles digestifs qui, minimes, gênent sans conteste le développement du petit, et, graves, le tuent.

De Sinéty a fondé sur la modification des globules par le repos et le transport, la théorie bien dénommée du lait vivant et du lait mort. Si l'on veut apprécier personnellement, par sensation directe, la justesse de cette théorie et la changer en réalité pratique, il suffit de boire au matin, à jeun, du lait reposé, et le lendemain, du lait jaillissant du pis et encore mousseux. Le premier « tient au corps » comme disent les paysans. Le second ne pèse pas. Il passe comme de l'eau claire.

Regardez et comparez deux nourrissons, dont l'un achève son biberon et l'autre sa tétée. Celui-ci s'endort, tranquillement, le visage coloré, les traits reposés. Celui-là a les traits tirés, les yeux cernés, les oreilles couleur de cire. Il dort aussi mais au sortir de l'assommoir, si la bouteille était trop remplie.

J'ai dit, ou laissé entendre que la dilatation d'estomac n'existait pas chez le nourrisson élevé au sein. C'est le contraire dans l'alimentation artificielle, et après quinze jours de biberon, un nouveau-né, mis à quelque plantureuse mamelle, crie après la tétée, malgré la surabondance, parce que ce lait léger ne l'a pas plus nourri que des aliments nutritifs et de facile digestion n'apaisent un estomac habitué à garnir sa panse trop vaste d'une nourriture compacte.

Je ne parle pas de l'allaitement mixte. Il n'est acceptable que momentanément avant six ou sept mois, âge où il devient au contraire tout profit. Dans les premiers temps de la vie, la mère complète avec avantage des tétées insuffisantes avec un peu de lait d'ânesse donné après le sien mais ce recours doit être passager. Autrement c'est, à brève échéance, l'allaitement artificiel déguisé. La nourrice d'autant moins pourvue qu'elle est moins tétée, finit par alimenter son nourrisson les jeudis et les dimanches.

On peut parer à certains inconvénients de l'alimentation artificielle, notamment en dosant avec soin les quantités, comme on a paré à son principal danger par la stérilisation. N'oublions pas qu'on lui doit sous la direction admirable des dispensaires des milliers de vies conservées ; mais, quoi qu'il en soit, le lait de femme pris directement au sein présente des garanties pour le présent — et l'avenir — des enfants, que n'offre jamais le lait animal et dénaturé.

OBSERVATION LXXVIII

Bains du nouveau-né. — Enfant momentanément réfractaire à la vaccine. — Marche irrégulière de la vaccine.

1891. — Mme K..., russe, primipare, accouche spontanément d'un garçon le 14 Février. R. T. : 18 mai 1890; D. P. : 18 Février; D. E. : 7 Mars. Délivrance intégrale. Suites : 36°5 : M. 37°3 : S.

Sœur de phtisique, Mme K... a l'apparence frêle. Je fais mes réserves sur le nourrissage. On me prie de céder aux instances de la mère. C'est mon avis qu'elle essaie. Seulement je ne réponds pas des conséquences. D'après mon expérience, il y a avantage à commencer ; mais des pesées hebdomadaires aussi importantes en ce cas que les pesées du nouveau-né, doivent être régulièrement faites.

L'enfant progresse à merveille, quoique le quinzième jour il ne prenne pas encore directement le sein, dont le mamelon, sans invagination, est court et s'excorie. Il se nourrit par l'intermédiaire d'une téterelle.

On baignait cet enfant tous les jours, à la mode russe, dans une grande auge en bois où la nourrice fait un lit sur lequel l'enfant est couché. Je me défiais de ce procédé, et en effet, l'enfant l'ayant mal supporté, je demandai qu'on laissât la garde procéder à la Française jusqu'à nouvel ordre.

Ce n'était pas le procédé, c'était le bain lui-même qu'il fallait supprimer, l'enfant devenant pâle et vomissant la tétée qui suivait l'immersion.

La suppression faite, l'enfant ne vomit plus.

C'est pour moi un excellent indice du mauvais effet des bains, en général si hygiéniques, et non seulement des bains mais de la sortie des nouveau-nés, cette pâleur qui survient, accompagnée ou non de cris.

L'insuccès des bains et des sorties ne s'observe pas seulement

chez les prématurés et les chétifs, mais chez des enfants d'un poids supérieur à la normale et âgés de deux ou trois mois.

J'ai fait en Avril sur le fils de Mme K... deux tentatives infructueuses de vaccination, l'une à l'Institut vaccinal, l'autre avec de la pulpe en tube. On ne peut expliquer l'échec, par défaut de pénétration du virus. Il est difficile que le virus ne pénètre pas, même si l'on se contente, comme moi, de deux insertions superficielles, sans issue de sang, au seul bras gauche. En général je réussis. Je trouve même inutile de laisser la peau à découvert plus ou moins longtemps après l'opération. L'absorption est instantanée. En voici la preuve: j'ai l'habitude de faire maintenir la tête des enfants pendant que j'opère, pour ne pas les blesser, s'ils l'agitent, au moment où lancette, aiguille ou plume, approchent du deltoïde. Un jour, cette précaution étant négligée, la joue d'un enfant essuya le vaccin déposé par le vaccinostyle sur la partie supérieure du deltoïde (1). Je ne crois pas avoir même effleuré avec la pointe de l'instrument cette joue. Probablement existait là une minuscule excoriation. Toujours est-il qu'une pustule s'y développa concurremment avec celles de l'épaule.

On ne peut davantage expliquer l'échec sur le jeune K... par l'insuffisance du virus. En effet dans l'opération pratiquée à l'Institut, il était sans glycérine et récolté sur la génisse même. Quant au virus en tube, glycériné celui-là, il a donné deux belles pustules chez une tierce personne inoculée en même temps.

De tels insuccès ne peuvent donc être expliqués que par une immunité temporaire.

Nouvelle tentative est faite sur le jeune K... le 27 Mai. Le 30, deux boutons, gros comme de petites lentilles et déjà ombiliqués, se développaient normalement. Le 6 Juin ils s'épanouissaient en

1. C'est le lieu d'élection pour inoculer les filles au bras, parce que plus tard les cicatrices occupent la partie inférieure du muscle, où elles se dissimulent. On voit des cicatrices s'étalant au milieu même du bras. L'inoculation en pareil cas a été faite trop bas.

plein. Ce jour-là on me signale, sur le mollet droit — l'inoculation avait été pratiquée au bras — une légère élevure rouge acuminée, sans caractère spécial.

Le 9 on m'apporte l'enfant, qui a de la fièvre, tète mal, et dort d'un sommeil agité. Au bras, chaque pustule devenue croûteuse est entourée d'une auréole de petites pustules ombiliquées. Près de cette auréole existent une ou deux élevures acuminées, rouges, semblables au bouton signalé le 6 sur le mollet droit, qui s'est transformé lui-même en pustule vaccinale. Ces dernières floraisons vaccinales ne diffèrent des floraisons ordinaires que par un épanouissement hâtif. Les pustules qui datent, me dit-on, de la nuit précédente, sont déjà légèrement flétries comme si la période de déclin était commencée. Au contraire, les pustules formant auréole sont confluentes.

Le lendemain soir, 10 Juin, l'enfant revient à l'état normal. L'auréole pustuleuse est en pleine suppuration. Le 13, elle est transformée en une large plaque croûteuse. Le jeune K... tète et dort parfaitement.

OBSERVATION LXXIX

Diagnostic de la grossesse. — Massage intempestif et inoffensif.

1891.—Aujourd'hui 3 Juillet, j'ai fait sans peine par le toucher un diagnostic de grossesse, intéressant par les erreurs auxquelles les difficultés de la palpation avaient laissé champ libre.

Depuis six mois les règles manquent; mais elles ont toujours été irrégulières. N... et T..., chirurgiens des hôpitaux, ont constaté une tumeur. T... la qualifiant kyste, a proposé l'opération, d'urgence «pour éviter des complications ultérieures possibles». Mme S... n'éprouvant que des malaises généraux et locaux supportables, s'est dérobée à cette invite, et, dernièrement, a pris le

parti de me consulter, sur les conseils de O... qui, sans examiner, et malgré les irrégularités menstruelles des années précédentes, posa prudemment la question de grossesse.

Entre temps, Mme S... avait eu recours à une femme-médecin qui l'avait massée pendant un mois environ, chaque jour, pour provoquer les règles, se contentant de la négation de M. et de Mme S..., pour rejeter l'hypothèse de la gravidité.

Voilà qui est pour moi d'un haut intérêt, car depuis quelque temps, dégoûté de la gynécologie médico-chirurgicale, je suis en quête d'une méthode tout à fait nouvelle, agent physiologique, qui serait d'abord inoffensive.

J'ai prié le doyen de la Faculté de m'accorder une mission honorifique pour étudier celle du Suédois Brandt. Or, si Mme S... a vu disparaître ou diminuer les malaises dont elle souffrait, sous l'influence du massage, cela prouvera tout au moins qu'il soulage, et si, par bonne fortune, elle est enceinte, cela prouvera que la méthode « Suédoise » de ma consœur, n'est guère offensive.

Non seulement Mme S... a eu recours à la consœur en question, mais à un autre médecin masseur. Ni l'un ni l'autre ne l'ont soulagée.

J'examine. Seins développés. Ce n'est pas de la graisse ; les *acini* sont volumineux. Pas de colostrum à la pression. Parois abdominales adipeuses, dures, de la consistance du lard de mauvaise qualité, très douloureuses lorsqu'on en saisit un pli. Diagnostic : névralgie de Beau et Valleix (1).

Impossible de découvrir par la palpation non seulement une partie fœtale quelconque, mais l'utérus lui-même, tant les parois du ventre sont lardacées. Au toucher : col mou de femme grosse.

1. Aujourd'hui, je dirais : panniculite. Voilà pourquoi le massage gynécologique ne soulageait pas Mme S... Il aurait fallu supprimer la panniculite par la malaxation de la peau, ce que je ne conseille pas pendant la grossesse, le pétrissage douloureux de la paroi provoquant des congestions profondes (1907).

Je cherche à le cerner, en parcourant les culs-de-sac. Je ne puis atteindre le postérieur mais seulement les lèvres cervicales. Donc l'organe est très antéversé (1). Les culs-de-sac latéraux sont élastiques, de cette élasticité spéciale à la grossesse. Évidemment, le segment inférieur de l'utérus est élargi. Plaçant mon index derrière le pubis je déprime légèrement les tissus et je perçois avec netteté le ballottement : sensation du morceau de glace. Bien que je ne puisse saisir et délimiter l'utérus par le toucher combiné avec le palper, pas plus que je ne l'avais fait par la seule palpation, j'affirme la gravidité et recherche attentivement les pulsations fœtales. Elles existent, faibles mais distinctes à trois ou quatre centimètres au-dessus de l'éminence iléo-pectinée droite. La démonstration est classique : femme enceinte de cinq à six mois. Hydramnios admissible étant données la netteté et la persistance du ballottement qu'on reproduit à volonté.

15 Juillet. — On est venu m'apprendre que Mme S... sentait remuer.

Octobre. — Je reçois la nouvelle de l'accouchement.

OBSERVATION LXXX

Grossesse unique prise pour gémellaire. — Délivrance artificielle. Méthode à suivre. — Phlébite double des membres inférieurs.

1891. — Dans la nuit du 23.... le Dr J... et la sage-femme S... m'ont fait chercher pour terminer un accouchement gémellaire. Le premier enfant avait été extrait à l'aide du forceps. Restait le second.

1. L'impossibilité de cerner le col utérin, la femme se tenant debout, constituait pour Brandt, — je l'ai appris l'année suivante en causant avec lui, — un signe de grossesse (1907).

Je me trouvai en présence d'une femme du Midi, vigoureuse, poussant avec énergie. Elle était pâle et le siège reposait dans une flaque de sang. Utérus gros pour le délivre qu'il contenait encore ; mais ligneux. Nulle apparence de second fœtus.

Il était indiqué de mettre la main dans cet utérus et de pratiquer la délivrance artificielle.

Ayant donc aseptisé ma main droite et mon avant-bras, je pénétrai, sans hésiter, dans l'organe, immobilisé à travers la paroi abdominale, par deux mains, la mienne et celle du confrère. Mauvais procédé. Le maintien du fond de l'utérus est indispensable mais il y a pour cela un moment précis. De plus on ne doit pas confier ce soin à autrui. Ce fut préjudiciable et je faillis causer tort, en confondant les deux tissus, placentaire et utérin. On évitera cette faute en prenant connaissance des faits suivants :

Il est écrit dans tous les livres, et c'est exact, que le tissu utérin froncé et rétracté donne aux doigts la sensation des cotylédons placentaires. Non seulement cette illusion est complète pour le toucher, mais encore pour l'œil. Pendant l'opération césarienne on voit l'intérieur de l'utérus rétracté, tout mamelonné. Je le savais, mais j'ignorais qu'on pût, sans être le dernier des maladroits, prendre une zone entière de l'utérus pour le placenta. Je le sais à présent. Lorsque j'eus pénétré dans le segment inférieur de la matrice, dans cette cloche aux parois minces, souples, peu contractiles, qui s'affaisse sous le poids du globe supérieur comme un accordéon, l'énergique pression exercée par mon confrère sur le fond de l'utérus, fit pour ainsi dire tomber dans ma main toute la paroi antéro-latérale du globe utérin, épaisse de trois travers de doigts, et dont les mamelons touchaient mon pouce. Je me crus dans « l'arrière-boutique » et fus convaincu que ce pouce était en contact avec les cotylédons ; en effet, mes quatre autres doigts créant un infundibulum au point de jonction du segment inférieur avec le moyen, et s'y insinuant par une pression graduelle, la paroi souple de ce segment

inférieur se laissant allonger et distendre, il me sembla que je décollais le placenta. Que serait-il arrivé si je m'étais obstiné? J'aurais rompu l'utérus; mais surpris de la résistance élastique, très spéciale, des tissus qui repoussaient mes doigts, dès qu'ils avaient pénétré à une certaine profondeur, et aussi de ne pas percevoir le crépitement causé par le décollement des cotylédons, quand la main insinuée entre eux et la paroi utérine, les désinsère, je m'orientai et trouvai à gauche le placenta libéré, dont l'extraction se fit à pleine main, sans difficulté.

Conclusions :

1° On ne doit pas pénétrer sans guide, sauf force majeure, dans la cavité utérine. On doit mettre à profit le cordon ombilical pour arriver au gâteau placentaire, sans tâtonnements. Dans la délivrance artificielle, le cordon est le fil d'Ariane de l'accoucheur. Qu'il le tende pour le reconnaître, puis le lâche lorsque les doigts en cône sont engagés dans l'orifice. Alors la main qui tenait le cordon, empoigne le fond utérin à travers les parois abdominales, l'abaisse et le maintient, précaution indispensable pour ne rompre ni les attaches vaginales, ni le mince segment inférieur, pendant que la main entre dans « l'arrière-boutique ». On reprend alors, au besoin, le cordon tenu raide pour le distinguer des membranes flottantes. Il conduit sûrement au moyen de la roue placentaire. A ce moment on empoigne toute la masse, qui, décollée, tombe dans la main. Si elle est adhérente, on cherche la marge, pour désinsérer. Privé du fil d'Ariane par arrachement du cordon, on tâtonne.

2° On ne doit pas faire maintenir le fond de l'utérus, mais le maintenir soi-même.

Si les suites sont physiologiques, ce ne sera point par l'habileté de l'opérateur. Je ne suis pas fier de cette intervention. La femme s'est plainte durant quelques heures d'une contusion correspondant à l'endroit où mes doigts avaient tenté de creuser un sillon.

J'ai appris que l'accouchée atteinte de phlébite double était traitée à Beaujon. J'y suis allé. Elle est en voie de guérison.

Puisque la phlébite est une infection (Voyez Obs. LXIV), à qui la faute ? Est-ce ma main qui était septique ou celle des autres ?

OBSERVATION LXXXI

Grossesse unique prise pour double. — Tympanisme. — Anomalie du mécanisme de l'accouchement. — Difficultés de la délivrance. — Agalactie.

1892. — Mme de G..., primipare, est convaincue qu'elle aura des jumeaux parce que son ventre lui semble gros, et il l'est, sans nul doute.

A la fin d'Août, une palpation rapide me permet de constater que tout l'abdomen est distendu par des gaz, qui, chose étonnante,ne causent aucune gêne. L'utérus difficilement mais nettement délimité est petit. Certainement Mme de G... se fait illusion. Elle n'a qu'un fœtus : un purgatif balaye l'intestin mais l'extraordinaire météorisme persiste. Sommet peu engagé. Position droite.

L'accouchement débute le 12 Septembre. R. T. : 3 Décembre 1891; D. P. : 3 Septembre ; D. E. : 22 Septembre. Effacement très lent. Un jour environ. A 6 heures du soir, l'orifice est grand comme cinquante centimes. Bords minces de la primiparité. A 8 h. 30, cinq francs ; épaississement secondaire. A 9 heures : dilatation complète. Descente immédiate sur le périnée. Variété de position : postérieure.

Dès lors ralentissement. Trois heures d'expulsion, quoique l'enfant ne soit pas volumineux. L'explication de ce ralentissement est simple : la tête primitivement placée en O. I. D. P. ne se réduisit pas en O. A. mais en O. S. et se dégagea obliquement en O. I. G. P. Mme Lachapelle a signalé cette anomalie bizarre du mécanisme. Elle s'exprime ainsi (1) :

1. *De la pratique des accouchements*. Deuxième mémoire, t. I, p. 152.

« ... Par une exception aux règles ordinaires du mécanisme « de l'accouchement naturel, la tête s'est dégagée obliquement « des parties génitales externes. Deux autres fois, j'ai vu arriver « la même chose et à un degré plus marqué : la tête n'a opéré « aucun mouvement de rotation, et elle est sortie de la vulve, « absolument comme elle était entrée dans l'excavation du bas- « sin... Dans ces trois cas, comme dans certains autres, j'ai « tenté sans succès de produire la rotation avec la main soit en « empoignant le sommet entre le pouce et les autres doigts, soit « en poussant à la fois le front dans un sens et l'occiput dans un « autre, avec deux doigts appliqués sur eux... »

Le fœtus de Mme de G... était petit, au-dessous de la moyenne, que dépassait celui dont Mme Lachapelle a vu l'évolution. Il pesait huit livres. Le phénomène observé par elle et par moi n'est donc pas en relation avec le volume de l'enfant. L'est-il avec une insuffisance de flexion ? Pas dans mon cas. Avec une forme spéciale du crâne ? C'est possible. L'échec de Mme Lachapelle dans ses tentatives de rotation avec la main est des plus intéressants au point de vue de la méthode Loviot-Tarnier dont j'ai maintes fois parlé. Mme Lachapelle ajoute qu'à l'aide du forceps la rotation eût été facile. La tête étant bien fléchie et la saisie régulière, oui. Autrement elle aurait fait violence.

Revenons à notre accouchement. Le sommet se dégagea donc en position gauche variété postérieure, obliquement.

Une bosse séro-sanguine énorme, vrai *caput succedaneum*, siégeait sur le pariétal gauche assez près, non très près de la fontanelle antérieure. La nuque et l'occiput de l'enfant formaient une ligne droite. Tête dégagée sans aucun accroc. Certaines occipito-sacrées sont moins dangereuses pour le périnée que des occipito-pubiennes.

L'expulsion fut lente, pas très lente. Trois heures, ce n'est pas excessif, pour une primipare ni surtout pour une O. S. Je n'ai pas appliqué le forceps parce que la progression était régulière. Je n'opère pas sans indication formelle. Et puis, l'extraction

d'une O. S. est toujours pénible. On n'est pas aidé par le jeu élastique de la sangle périnéale comme dans les O. A. J'avais rompu les membranes, au moment d'élection, à la dilatation complète. Poche très plate. Membranes résistantes. Perforation impossible avec le doigt, dangereuse avec les instruments ordinaires, facile et inoffensive avec le mien (Obs. LXVI).

Les gaz qui ballonnaient Mme de G..., m'avaient gêné, par l'excessive proéminence du ventre, pour appliquer convenablement ma main sur la voûte pariétale, lors de l'expulsion vulvaire. Manœuvre peu importante d'ailleurs, car la déflexion brusque n'est pas à craindre dans les occipito-sacrées, à cause du mécanisme spécial de dégagement. C'est la distension de la commissure vulvaire postérieure, par le large segment occipital qui expose le périnée.

La quantité de gaz, qui déjà m'avait gêné à l'arrêt de la tête, me préoccupait, surtout comme obstacle au massage utérin après décollement placentaire (1). En effet impossible de délimiter l'utérus. Le ventre est un tambour, qu'il faut défoncer, ce qui est contraire à la méthode d'où la violence est exclue.

L'hémorragie se produit, assez abondante pour accélérer le pouls. Je touche. Le placenta s'offre à l'orifice refermé. Injection chaude. Elle ne provoque pas l'expulsion. Je me décide à l'opération avec méfiance, car je ne pourrai, en pénétrant dans l'utérus, maintenir son fond. La main qui palpe est chassée par le tympanisme comme si elle empoignait un ballon élastique à moitié rempli. Heureusement il arrive ce qui arrive souvent : au moment où la main pénètre dans le vagin, une contraction uté-

1. Méthode que j'ai décrite plus tard dans mes ouvrages sur la gymnastique médicale, en particulier dans la brochure : *Indications et contre-indications de la kinésithérapie.* — Paris, Vigot. C'est l'antique friction des matrones, méthodiquement pratiquée. Elle est très efficace contre les hémorragies *post-partum*; mais les injections à 45° ont le même effet. C'est surtout par la suppression des syncopes que le massage, non de l'utérus mais de la région épigastrique, est remarquable.

rine y engage le placenta, que j'extrais avec son amnios entier et sans chorion.

Suites normales. Essais répétés et infructueux de nourrissage. Agalactie. Les acini sont gonflés, la mamelle tendue ; le mamelon ne laisse sourdre que du colostrum. Encore faut-il le traire avec persévérance pour extraire quelques gouttes ? J'applique une ventouse avec pompe mécanique, et arrive à tirer un dé à coudre de liquide trouble. L'enfant se fâche contre de telles bouteilles qui ont l'air pleines de lait, et ne renferment que de l'eau. Il tète, sans se faire prier, une nourrice.

OBSERVATION LXXXII

Primipare âgée. — Dilatation lente, accélérée par la position de la parturiente et les bains. — Application de forceps sur une O. I. D. P. conforme à la règle didactique. — État fébrile.

1892. — Primipare de trente ans passés, Mme V... entre en travail le 29 Septembre. R. T. : 24 Décembre 1891 ; D. P. : 24 Septembre ; D. E. : 13 Octobre. Grossesse normale mais pénible. O. I. D. P. La menstruation a été de tout temps douloureuse, même après le mariage.

Accouchement. — Dans la soirée du 29 Septembre vers 9 heures, la dilatation, commencée le matin, semblait devoir s'achever péniblement vers minuit. Mme V... souffrait d'atroces douleurs de reins, comme à l'époque des règles. Je dis : atroces, car elles le sont, à en juger par l'expression dont les femmes se servent pour les dépeindre : « On dirait que des chiens me mangent les reins. » Je surveillais de près Mme V..., n'attendant pas les appels de la garde, examinant moi-même l'état général et local, surveillant les battements du cœur de l'enfant et la couleur des eaux, qui s'écoulaient depuis dix-huit heures environ, c'est-à-dire dès le début de

l'accouchement. Le sommet se présentait en O. I. D. P. bien fléchi, parcheminé ; les bords de l'orifice étaient souples. La lenteur du travail ne devait être attribuée qu'à la faiblesse des contractions qu'il ne faut pas mesurer à l'intensité des douleurs. Le volume inconnu du fœtus pouvait aussi entrer en ligne de compte.

A minuit le travail s'arrête. L'écarteur à trois valves de Tarnier m'inspire médiocre confiance. Je me le procure cependant ; mais pendant que je vais à sa recherche, la dilatation reprend son cours, sous l'influence de la position demi-assise que je fais prendre à Mme V... De cette façon le sommet s'abaisse davantage et appuie sur les bords de l'orifice avec efficacité, si bien que je me borne à prescrire un bain à 40°, dans lequel la patiente entre vers 3 heures du matin. Elle en éprouve tout d'abord un soulagement profond; mais peu durable. Les contractions prenant une force plus grande, Mme K... dit que l'enfant presse davantage et éprouve le besoin de pousser. Elle reste une heure dans ce bain. Quand elle en sort, la dilatation est presque complète. En arrière, les bords de l'orifice échappent à l'index; on les atteint difficilement à droite; ils restent accessibles en avant et à gauche où ils coiffent la sphère céphalique. Je m'attends à voir promptement les contractions prendre le caractère expulsif ; mais elles s'arrêtent, et vers 6 heures du matin je constate qu'il y a rétrocession du travail ; rétrocession passive bien entendu ; l'orifice se referme parce que dans le décubitus dorsal l'enfant remonte et n'appuie plus. La température de la mère, normale au cours de la nuit, s'élève à 38°, température de surmenage, bien entendu, étant données les précautions aseptiques rigoureuses ; mais il faut en tenir compte (1). L'enfant paraît bien portant ; les battements cardiaques sont réguliers, le liquide amniotique incolore ; cependant d'un moment à l'au-

1. Le surmenage est créateur de toxines, et favorise la culture microbienne, puisque les animaux morts de fatigue se putréfient très vite (1907).

tre il peut souffrir de ce travail prolongé qui finit par atteindre la vitalité, la diminue, sans altération apparente du rythme cardiaque, et rend mortelle l'opération du forceps même bien conduite, pour peu qu'elle se prolonge, et à plus forte raison si l'application n'est pas très régulière, ce qui arrive souvent dans la position postérieure. Tout cela me préoccupe. Je me demande si la dilatation se complètera et s'il ne serait pas plus sage d'intervenir sans attendre, l'orifice étant souple. Pour trancher la question je me décide à demander l'avis de B... En l'attendant je fais reprendre à Mme V... l'attitude demi assise, qui avait réussi une fois déjà, et je constate qu'aussitôt la tête, qui était encore remontée, s'abaisse et agit sur la marge utérine. B... trouve la dilatation presque complète, et pense qu'il est prudent de ne pas attendre que les grands diamètres de la tête aient franchi l'orifice. Je donne le chloroforme et — à tout seigneur, tout honneur, — je prie B... de procéder à l'opération, dont je suis les péripéties avec un intérêt particulier.

Ceux qui ont lu mes divers écrits sur le forceps me comprendront. B... n'applique pas d'emblée, par principe, la branche droite la première quand l'occiput est à droite. Il n'opère pas les droites postérieures comme si elles étaient transversales. Il suit la règle, magistralement exposée jadis, en ses cours privés, par Pinard, règle supérieure en didactique comme en clinique. A mon avis, on ne doit dans une droite postérieure appliquer la cuiller droite la première que si la position est ou devient sous la main franchement antérieure. Si la tête ne tourne pas, il faut classiquement mettre la cuiller gauche d'abord, sur la symphyse sacro-iliaque gauche, bien à plat.

Ce n'est pas seulement parce que là existe « un vide », une place dans l'excavation, c'est surtout parce que là se trouve la région latérale, pariéto-malaire de l'extrémité céphalique.

Il est probable que B... ne trouva point de tendance à la rotation, car, sans hésiter, il introduisit la branche gauche d'abord et la mit à plat sur la symphyse sacro-iliaque gauche. Je la main-

tins et elle y resta. La branche droite se logea devant l'éminence iléo-pectinée droite. Articulation aisée. Prise régulière ou à peu près à en juger par l'écart des manches. Grande rotation presque spontanée, exécutée à l'aide d'un seul doigt, comme sur les mannequins. Le forceps se trouve sens dessus dessous et la tête se dégage sans difficulté. Enfant vivant, pesant 3.000 grammes, moins que je ne supposais par conséquent. En somme opération bien conduite, facile, sans accroc. Comme toujours la prise n'est pas idéale, la cuiller postérieure est un peu en avant vers la face, la cuiller antérieure un peu en arrière vers le cou. Très profondément introduite elle atteint de son bec la région cervicale tandis que la postérieure ne dépasse pas l'os malaire, l'angle orbitaire externe et l'oreille au voisinage du trou stylo-mastoïdien. Très légères contusions plus marquées en avant. Tout cela est de règle. Délivrance parfaite.

Suites. — Le soir du même jour la température ne dépassait pas 37°2 et le lendemain matin elle était inférieure à 37°. Mme V... était une amie de la femme dont j'ai relaté l'observation lamentable (LXXIV). Mme V... démontrait les bienfaits de l'antisepsie. Son accouchement avait été la reproduction fidèle de celui de son amie morte empoisonnée.

Je fus un peu surpris, le soir du second jour, d'apprendre que le thermomètre avait marqué 37°8. On sait l'importance que j'attache à cette température, considérée à tort comme quantité négligeable. Mais le lendemain matin le mercure restait au-dessous de 37° et les seins se gonflaient. Quelle que soit la valeur pronostique, en général excellente, de la montée du lait, je sais qu'elle peut s'observer dans les petites infections à tardive échéance, et quelle que fût la sécurité que m'inspiraient mes mains, celles de B..., celles de la garde, et les précautions préventives scrupuleusement observées par Mme V..., j'attendais avec impatience le cinquième jour.

J'ai dit que le soir du second jour une température de 37°8 m'avait fait ouvrir l'œil. Le lendemain matin elle s'était abaissée

à 37°, mais le soir du même jour, au moment de ma visite, Mme V... se plaignait de malaise, avait perdu l'appétit, et le thermomètre marquait 38°. Les seins toujours gonflés ne sécrétaient que du colostrum clair, le ventre était un peu sensible. Aucune garde-robe depuis la veille de l'accouchement. J'avais apporté par précaution ma sonde à injection intra-utérine ; mais je ne m'en servis pas. Je recommandai de la faire bouillir pendant une heure, pour le lendemain, si la température ne s'abaissait pas, et me bornai à ordonner deux grands lavements à cinq ou six heures de distance, et la cessation de l'allaitement qui consistait en d'inutiles tétailleries.

Il y eut deux selles abondantes et le lendemain matin (nous entrions dans le quatrième jour) la colonne mercurielle ne dépassait pas 37°2 : mais à midi survint un frisson et le soir je constatai 38°. Je n'hésitai pas. Injection intra-utérine, à fond, de six litres d'eau bouillie, dont deux biiodurés. Le lendemain matin du cinquième jour le thermomètre était à 36°2. Grande fut ma satisfaction, mais Mme V... me regardant avec une légère pointe de moquerie : « Vous triomphez, dit-elle, mais je ne crois « pas que votre lavage m'ait guérie. Nous verrons bien. Je sais « ce que vous pensez ; vous croyez que j'ai un peu d'infection. « Moi, je ne puis croire, avec toutes les précautions prises par « vous, que j'aie une malpropreté quelconque dans l'utérus. J'ai « simplement un retour d'une fièvre intermittente dont les premiè- « res atteintes datent de l'âge de deux ans et que la moindre « cause ranime de temps à autre. Le sulfate de quinine en vient « toujours à bout. »

« Deux ans ! c'est tôt, répondis-je. Je n'ai pas de diagnostic « ferme à votre égard. Mais même si les événements vous don- « nent raison, je ne regretterai pas l'injection d'hier soir. En sem- « blable occurrence on doit toujours y avoir recours. Je vais vous « en donner une seconde et nous verrons. »

Nouvelle injection, de six litres, à fond. Deux heures plus tard on me télégraphie : vingt minutes après votre départ,

Mme V... qui se trouvait très bien, a été prise brusquement d'un frisson de trente-cinq minutes. Je me rends auprès d'elle, et la trouve en plein stade de sueur. Le thermomètre marque 39°. Il n'y a pas ombre de sensibilité du ventre. Je ne puis attribuer ce frisson prolongé au choc de l'injection. On sait que parfois après les injections, même vaginales, mais avec pénétration probable du liquide dans l'utérus, surviennent des accidents douloureux et fébriles de nature inconnue, jusqu'à présent passagers. J'ai constaté, en ce genre, 40°.

— Qu'est-ce ? demande avec anxiété l'entourage.

Je réponds que je ne suis pas encore fixé ; mais que la fièvre n'a pas l'allure d'une fièvre infectieuse. Elle a des stades bien nets. De plus, la transpiration est de bon augure. Enfin les oscillations thermométriques sont extraordinaires. Les écarts du matin au soir sont moins grands dans l'infection, et il est exceptionnel que la température s'abaisse au-dessous de 37°. En tous cas cet abaissement est tout à fait éphémère. Il est possible que Mme V... soit meilleur médecin que moi, et que sa fièvre soit un retour de paludisme. Le sulfate de quinine nous en fournira la preuve car il n'a pas d'influence curative sur l'infection puerpérale.

J'ordonne un purgatif immédiat. Après effet, 50 centigrammes de sulfate de quinine seront pris en deux fois à cinq ou six heures de distance. La quinine agit mieux après évacuation de l'intestin.

Le soir, température : 37°3. Je rappelle qu'à midi nous avions 39°. Le lendemain (sixième jour), matin 36°2 ; soir 37°3, sans quinine ; septième jour, matin : 36° ; frisson à midi et 38° ; soir : 37°.

Je donne alors la quinine d'une façon continue en potion par cuillerées, 80 centigrammes en vingt-quatre heures et 40 dans les vingt-quatre heures suivantes, qui paraissent être jour intercalaire.

VIIIe jour. — M. : 36°8 ; S. : 37°.

IXe jour. — M. : 36°8 ; S. : 36°5.

Xe jour. — M. : 36° ; S. : 36°4.

XIe jour. — M. : 36°2 : S. : 36°7.

XIIe jour. — M. : 36° ; S. : 36°5.

55
3

1907. — Mme S... a eu toute sa vie, dès la puberté, des accidents abdomino-pelviens. Elle a été qualifiée de pelvi-péritonitique. Une ou deux fois on a voulu l'opérer sous prétexte de salpingite ou d'appendicite. Elle me paraît rentrer dans la catégorie des malades que j'ai qualifiées de cellulitiques. Elle s'est soumise à toutes sortes de cures, sauf le massage. Elle est morte dans une crise abdominale.

OBSERVATION LXXXIII

Hérédo-syphilis possible à la troisième génération.

1891. — Aujourd'hui 12 Octobre 1891, un mari et sa femme sont venus me consulter. Ils désirent avoir un enfant.

Trois fois déjà ils ont cru leur désir satisfait ; mais deux de ces grossesses se sont terminées, vers le septième mois, par l'expulsion de fœtus morts. Étaient-ils macérés ? c'est possible, d'après leur description. Un troisième enfant parvenu à terme a succombé au passage.

Histoire assez éloquente, et mon opinion était faite *a priori*, sauf rectification après examen et interrogatoire, car il faut se défier des préventions. J'ai vu N..., le célèbre spécialiste, dans des circonstances à peu près semblables, affirmer une vérole qui n'existait pas, et la nier chez un autre malade aujourd'hui ataxique.

Naturellement, Mme Z... n'était nullement hantée par l'idée de syphilis. Peut-être ignorait-elle jusqu'au nom de cette maladie. Elle me consultait pour savoir si ses organes étaient sains, en

bonne posture, et aptes à la génération. La preuve lui en avait été donnée cependant par trois grossesses ; mais un médecin des hôpitaux, U..., l'agrégé, l'ayant examinée, avait mis les accidents au compte d'un utérus exceptionnellement contractile et rétractile.

J'examine les organes génitaux. Ils sont irréprochables, et rien chez Mme Z..., ni dans les antécédents, ni dans l'habitude extérieure du corps, n'indique la spécificité. Cependant — et ceci est important — elle a une sœur mariée sans enfants et sujette aux avortements ; mais je ne puis savoir s'ils ont été peu ou point sanglants, ce qui indique en général la mort du germe.

Alors, suivant ma méthode toutes fois que la syphilis est démontrée ou soupçonnée, je déclare au mari et à la femme que leur malheur tient à une maladie du germe. « Ne sachant, leur dis-je, lequel d'entre vous est l'auteur de cette maladie, je dois vous traiter tous deux, l'un avant la fécondation, l'autre pendant la grossesse. » Puis, priant Mme Z... de me laisser seul avec son mari, je pose à celui-ci les questions de circonstance. Elles l'ont été déjà par son médecin qui l'a examiné de pied en cap. Il nie la syphilis avec l'obstination que mettait sa femme à rendre son utérus responsable des méfaits. Cela ne me déroute ni ne m'arrête. J'explique qu'on peut avoir eu la vérole sans le savoir et je raconte l'histoire mémorable de X... (Obs. XLII), sans dire bien entendu que ce syphilitique latent pendant près de vingt ans, est mort syphilitique avéré. J'explique aussi qu'on peut hériter de la maladie, peut-être même la transmettre ainsi contractée, à ses enfants. Voici ce que je retire de mon examen et interrogatoire : Z... est sourd depuis son enfance. Il est né au Brésil. Sa mère après sa naissance a eu une affection qualifiée fièvre jaune par les médecins et pour laquelle on lui aurait administré tant de mercure qu'elle en a été, dit Z..., plus malade que de sa maladie. Z... a deux frères, bien portants, dit-il, une sœur qui aurait été très difficile à élever.

La surdité et les renseignements de seconde et même de troisième main fournis par Z... ne sont pas au point de vue du dia-

gnostic à l'abri de toute critique, mais la thérapeutique est formellement indiquée. Elle n'a pas d'inconvénients et les succès qu'elle m'a donnés en semblable occurrence, l'encouragent.

J'ordonne donc le sirop d'hydrargyrate de potasse (Obs. XLII) à dose croissante puis décroissante, sans dépasser quotidiennement deux cuillers à soupe, pendant huit jours, pour être repris après huit jours de repos et ainsi de suite durant trois mois, avec séparation conjugale. Cela pour le mari. Au bout de ces trois mois réunion des époux, et Mme Z... enceinte prendra à son tour le sirop, de même façon ou à doses moindres, suivant tolérance, au cours de la grossesse.

1906. — Mme Z... a eu trois enfants, aujourd'hui âgés de neuf à quatorze ans et bien portants.

Le traitement a été suivi par la femme pendant les trois grossesses; par le mari avant la première seulement. Il était convaincu de son innocence et de celle de ses ancêtres et croyait en fournir ainsi la preuve.

OBSERVATION LXXXIV

Rétrodéviation. — Prière musulmane. — Acidité vaginale. — Méthode de Balbiani. — Accouchement. — Hydramnios. — Rotations exceptionnelles dans l'excavation et pendant le dégagement.

1892. — Mme de D..., avortée il y a deux ans, a, comme sa sœur Mme W... (obs. LXIII), une rétrodéviation absolument mobile. La kinésithérapie, dont je commence à apprécier les bienfaits, me semble inutile en pareil cas. La prière musulmane ou posi-

tion genu-pectorale de Hegar suffit pour entretenir la mobilité et prévenir la cellulite de voisinage.

Le mari de Mme de D... m'ayant appris qu'il éprouve, à la suite des rapports conjugaux, d'intolérables cuissons à la verge, j'ai ordonné, il y a un an environ, les injections quotidiennes d'eau bicarbonatée et légèrement sucrée dont Balbiani se servait dans son laboratoire pour entretenir et exciter la vitalité des spermatozoïdes. De cette façon a disparu l'acidité vaginale que démontraient le papier de tournesol et les sensations du mari.

La grossesse est survenue au cours de ce traitement. Elle a été normale, mais accompagnée d'hydramnios dont je ne me suis guère préoccupé, le fœtus paraissant volumineux.

Accouchement le 10 Février. R. T. : 12 Mai 1891 ; D. P. : 10 Février 1892. D. E. : 1er Mars. Vingt-quatre heures de dilatation. L'abondance du liquide l'entrave.

Le fœtus pivote d'une façon extraordinaire sur son sommet bien fléchi. C'est en pareil cas, s'il y avait indication du forceps, que réussirait à merveille la méthode de rotation avec l'index, la main ou l'instrument, préconisée par Tarnier pour l'index, et Loviot pour la main et la cuiller du forceps ; mais je suppose qu'après l'évacuation des eaux ces mouvements de pivot seront moins aisés. Tant que j'ai respecté la poche, ce sommet tournait comme une roue de bicyclette bien équilibrée, oscille sur l'axe avant de s'arrêter. Du bout du doigt je l'ai senti qui passait de la D. P., variété primitive, à la G. A.; puis à la G.P., pour revenir à la D. P. Quoique très engagé, le sommet n'appuyait sur le segment inférieur que dans la station debout ou assise. L'orifice déjà dilaté ne demandait qu'à s'ouvrir.

Il mesurait alors environ six centimètres de diamètre. Indiquée est, en pareil cas, la rupture avant le temps d'élection. Je la pratiquai et Mme de D... prouva, sans tarder, que mes prévisions étaient fondées. En trois quarts d'heure, les voies s'ouvrent largement, le périnée bombe, la réduction se fait en occipito-pubienne, la vulve bâille de plus en plus à chaque poussée puis, s'ou-

vrant définitivement, reste distendue par la tête d'un gars de 4.200 grammes. Cette tête se défléchit sans éraillure périnéale.

Alors j'assistai à une nouvelle série de rotations, cette fois vues. La tête, hors de la vulve, tourna d'abord son occiput à droite, puis directement en bas, puis à gauche et le tronc se dégagea dans cette position. L'hydramnios n'était donc pour rien dans l'extraordinaire pivotement.

1907. — Beaucoup de médecins se figurent que les déplacements utérins s'opposent à la grossesse. J'ai raconté ailleurs (obs. XLIV) comment Tarnier avait affirmé qu'elle ne concevrait jamais, à une de mes clientes, accouchée plusieurs fois depuis. Les rétroversions ou flexions entraînent la stérilité quand elles sont congénitales et s'accompagnent d'autres malformations. Peut-être aussi les adhérences vraies (1) s'opposent-elles à la conception, si le gland doit inosculer le museau de tanche pendant le coït, ce qui dans certaines espèces animales est la règle. Dans la nôtre, en tous cas, les exceptions ne manquent pas. Les vierges fécondées sans intromission en sont la preuve.

Depuis que j'ai découvert et décrit (2) les réductions spontanées temporaires par éréthisme à époques fixes, je m'explique comment les déviations mobiles, — même en admettant la règle problématique d'inosculation, — sont un médiocre obstacle à la fécondation.

L'important est de prévenir les congestions et la cellulite périoophoro-tubaire qu'entraînent les rétrodéviations permanentes. Maintenant que je possède le moyen d'en défendre les femmes, je les traite, au premier symptôme, par le massage ; mais quand je suis consulté pour des rétroflexions qui ne s'accompagnent

1. Voir sur les adhérences réelles et les pseudo-adhérences, mes travaux gynécologiques. Les secondes sont incomparablement plus fréquentes.

2. *Loc. citat.*

d'aucun signe morbide, je conseille simplement la prière musulmane et de s'habituer à dormir, sur le ventre.

J'ai assisté d'autres fois à l'évolution du fœtus pivotant sous le doigt dans l'excavation, mais n'ai jamais revu l'extraordinaire gymnastique à laquelle se livra l'enfant de Mme de D... à l'orifice vulvaire.

OBSERVATION LXXXV

Grossesse gémellaire. — Diagnostic. — Double application de forceps. — Anévrysme du cordon. — Septicémie.

1892. — Le 5 Décembre, j'ai été appelé par Mme T..., sage-femme, pour un accouchement qui traînait. Mme T... assistait une primipare dont le travail, après une marche régulière, s'était arrêté à la dilatation complète. Elle attribuait cet arrêt à la position inclinée de la tête dont on sentait, disait-elle, l'oreille derrière la symphyse.

La patiente était grande, forte, bien faite, de bonne constitution. La sage-femme croyait à une position droite du sommet. Le ventre, développé comme dans toute grossesse simple normale, était tendu. Cette tension gênait la palpation qui, cependant, permettait de sentir une tête, engagée, plus élevée à droite qu'à gauche, et un plan résistant à gauche, avec foyer maximum de battements cardiaques fœtaux également à gauche. Le ventre étant un peu relâché, je perçus, dans un éclair, un ballottement au-dessus du pubis du côté droit. Le soupçon de la gémellité traversa mon esprit ; mais je n'avais pas le loisir d'attendre les complaisances utérines et de m'amuser à un diagnostic dont l'importance immédiate était nulle. Le rythme du cœur fœtal n'inspirait pas toute sécurité. Il fallait se hâter d'extraire cet enfant.

Le toucher confirmait le palper. Tête engagée. Sommet bien fléchi en position gauche, variété antérieure ; poche des eaux rompue. Ce n'était pas l'oreille qu'on sentait derrière le pubis, mais la lèvre œdématiée de l'orifice. La tête était d'aplomb. Suture sagittale dans le diamètre oblique du bassin.

J'appliquai la branche gauche la première, régulièrement mais sans pouvoir l'introduire aussi loin que j'aurais voulu. La femme n'était pas chloroformée. De plus cette branche insuffisamment maintenue se déplaça et je pus prédire que la prise serait irrégulière. Le bec de la cuiller antérieure, celle qui fait levier et laisse la plus profonde empreinte, mordrait l'arcade orbitaire, non pas que ce bec n'eût été placé sur la joue même et au delà de l'os malaire, mais le forceps glisse toujours d'un ou deux centimètres aux premières tractions. La preuve en est qu'il faut resserrer la vis de préhension après début du troisième temps. L'enfant fut extrait sans difficulté et assez facilement ranimé. Le bec de la cuiller antérieure contondait la paupière droite. L'ecchymose qui en résulta, disparut après peu de jours.

Aussitôt après cette extraction, je posai la main sur le ventre et la gémellité ne fit aucun doute.

Le cordon fut donc sectionné entre deux ligatures ; puis je touchai et constatai une deuxième présentation du sommet. Les contractions, suspendues durant quelques minutes, ayant repris avec énergie, j'espérai que cet enfant naîtrait spontanément. Je rompis la poche. Il ne faut pas laisser traîner les expulsions des jumeaux. Si l'orifice se referme, de gros inconvénients peuvent en résulter. Le sommet se présentait en droite postérieure, d'abord mal fléchi et difficile à explorer ; mais m'orientant, je sentis bien la fontanelle aux quatre sutures, au centre du bassin, et, la tête se fléchissant en descendant, cette fontanelle remonta sous mon doigt vers l'éminence iléo-pectinée gauche. Les eaux sortaient claires et citrines, les battements du cœur fœtal ne laissaient rien à désirer, lorsque, aux eaux de l'amnios, se mêla du sang. J'intervins aussitôt par une application de forceps. Bran-

che gauche et non branche droite la première. Application très régulière ; mais l'occiput roule dans la concavité sacrée. L'enfant étant petit, je ne m'en préoccupe pas et je fais l'extraction en occipito-sacrée sans difficulté. La signature du forceps est sur les joues. L'enfant respire sans hésitation. Délivrance complète, ou du moins œuf reconstituable.

L'antisepsie était insuffisante et six jours plus tard j'étais rappelé par la sage-femme. Je demandai qui se chargeait des toilettes. C'était la mère de l'accouchée. Je pris ses mains et je lui dis: « La première chose quand on soigne une femme en couches est d'avoir les ongles propres et de se laver minutieusement avant les toilettes. » Depuis trois jours l'accouchée avait de la fièvre. Le ventre était douloureux au niveau du ligament large gauche. Je conseillai à la sage-femme de faire deux injections intra-utérines par jour, de quatre litres chacune et ainsi composées : deux litres d'eau biiodurée à 0 gr. 25 pour 2000, suivis de deux litres d'eau bouillie simple. La sage-femme m'a fait savoir que dès le second jour la température était tombée. L'irrigation avait entraîné au dehors quantité de débris fétides. Je recommandai de ne laisser lever l'accouchée qu'après huit jours francs d'une température oscillant entre 36° et 37°5.

Pendant l'expulsion et l'extraction du second enfant, j'ai remarqué, dans l'extrémité liée du cordon du premier, une tuméfaction sanguine considérable, sorte d'anévrysme funiculaire, qui s'affaissait puis gonflait. La régularité du rythme était en rapport avec l'alternance du relâchement de l'utérus et de sa contraction.

OBSERVATION LXXXVI

Malformations fœtales. — Brûlures par exposition du fœtus nu à un foyer distant.

1892. — Accouchée une fois déjà, Mme K... de N... a eu un enfant mal conformé. Rien ne faisait soupçonner ce vice de développement, lorsqu'au vingt-troisième jour, le nouveau-né fut trouvé dans son berceau, comme mort. Des frictions le ranimèrent. Les tissus étaient décolorés, froids, le front baigné de sueur ; la respiration extrêmement rapide et irrégulière ; les battements du cœur précipités mais normaux. Submatité droite et murmure vésiculaire légèrement altéré. Traitement par la chaleur, et une nourrice au lait surabondant, facile à traire. Dans mes notes, je relève ceci : « Pas de diagnostic. X... appelé en consultation n'en « a pas davantage. Rien n'autorise à admettre une affection pul- « monaire. La différence de sonorité est manifeste entre les deux « poumons mais les signes stéthoscopiques, fugaces d'ailleurs, « n'ont rien de pathognomonique. De plus il n'y a pas de fièvre. « L'idée de malformation est la seule raisonnable. Mais quelle ? « J'assiste à différentes crises semblables à la première. Ce sont « des syncopes analogues à celles des enfants insufflés et rani- « més pour quelques heures ou quelques jours. Au lendemain « de l'une de ces crises, le cou, le thorax, l'abdomen se sont cou- « verts de plaques formées par un pointillé rouge, confluent, ou « plutôt aggloméré, car le piqueté est toujours distinct. A la « suite de cette éruption, l'état s'est amélioré. Qu'est-ce que « cette éruption ? Un réflexe de même nature que l'engouement « momentané du poumon droit ? Je rapproche un instant, en « pensée, ce phénomène, de celui que j'ai observé chez une « femme atteinte de parésie du membre inférieur droit, à la suite « d'applications de forceps, et qui retrouva le mouvement dès « qu'une éruption abondante eut paru à droite sur le flanc et au

« haut de la cuisse ; mais il s'agissait sans nul doute d'une con-
« tusion des plexus, accident nullement comparable au vice
« organique inconnu, mais certain, dont souffre cet enfant. Il a
« vécu pendant de longs mois, observé par d'autres que moi. A
« sa mort l'autopsie a révélé la malformation du diaphragme
« et le rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Le second enfant de Mme K... de N... dépasse la moyenne et paraît vigoureux. Quelques heures après sa naissance il présentait une sorte de pemphigus qui aurait pu momentanément exercer la sagacité des syphilographes. Il s'agissait en réalité de brûlures du second degré, causées par la radiation d'une flambée, devant laquelle le nouveau-né avait été tenu, à distance en apparence raisonnable, mais nu. Tandis qu'il rôtissait ainsi sans qu'on s'en doutât, il s'étirait et paraissait fort à l'aise. Le fait est bon à connaître. Il prouve que la peau de certains nouveau-nés ne supporte pas l'action directe des rayons caloriques même quand le foyer est éloigné d'un mètre environ.

La brûlure du pied gauche se transforma, le lendemain, en une vaste phlyctène. Le pied et la jambe s'œdématièrent, à la suite de pansements à la vaseline boriquée. J'y substituai sans retard l'enveloppement humide avec la solution de biiodure ioduré, dont j'ai indiqué la formule à l'observation LV. Vingt-quatre heures après la première application, tout gonflement inflammatoire avait disparu et les plaies se séchaient. La garde crut bien faire en recouvrant le pansement de taffetas gommé, comme on fait pour les bottes d'ouate. Il faut s'en garder, notamment pour les brûlures du pied, car on provoque ainsi une sudation qui ramollit l'épiderme.

Pinard à qui j'ai raconté l'histoire, a observé le même accident — brûlure à distance de tout un côté du corps. Il s'agissait d'un fœtus se présentant par le siège et pour l'extraction duquel je lui prêtai assistance. Ce fœtus naquit inanimé et ne vécut pas. Il avait un singulier vice de conformation : la tête inclinée à gauche sur le cou reprenait cette situation dès qu'on

essayait de la redresser. Attitude comparable à celle du torticolis.

Le second enfant de Mme K... de N... paraît se bien porter. Ascension graduelle, dès les premiers jours, avec une nourrice. Le huitième ou neuvième jour, arrêt, plateau. Cependant 600 gr. de lait sont absorbés par vingt-quatre heures, ce qui est considérable à cet âge. Le médecin de la famille conseille de changer la nourrice. Trop prompte décision, à mon avis ; mais qui me fournit l'occasion d'observer un fait curieux. Le nouveau-né ne prend pas plus de lait à la seconde nourrice qu'à la première et d'emblée l'ascension remonte verticalement.

1900. — Mme K... de N... a eu un troisième enfant qui s'est élevé comme le second.

OBSERVATION LXXXVII

Névralgies occipito-cervicales rebelles guéries par le massage. — Inertie utérine. — Syncopes. — Procidence du cordon. — Forceps avant la dilatation complète. — L'obliquité légère de la prise, malgré la saisie primitivement régulière, fait rarement défaut dans les positions postérieures. — Obliquité du dégagement. — Délivrance artificielle. — Bienfaits et méfaits du chloroforme. — Version par manœuvres externes. — Forceps. — Saisie dite régulière d'une O. I. D. P. — Obliquité de la prise et du dégagement. — Remarques concernant l'inclinaison et la rotation sur l'axe longitudinal, de l'ovoïde céphalique, correctement saisi dans l'excavation.

1892. — Mme de B..., primipare, a souffert pendant de longues années de névralgies occipito-cervicales pour lesquelles les notoriétés médicales d'Europe ont été vainement consultées.

Survint un masseur Suédois qui supprima toute douleur. Le fait m'intéresse maintenant que je m'occupe de massage (1). Ces névralgies étaient devenues insupportables au cours de la grossesse. C'est alors qu'elles ont été traitées.

Accouchement. — Du 4 au 8 Juin. R. T. : 5 Août 1891 ; D. P. : 6 Mai 1892 ; D. E. : 25 Mai. Le mari est revenu de voyage le 16 Août. D'après mon calendrier, dix jours de retard. Inertie utérine. Hydramnios sans tension. Engagement profond, mais non excessif; O. I. D. P. L'effacement du col est complet le 4 Juin.

Arrêt du travail jusqu'au 6. Rien n'excite cet utérus mais les douleurs, nulles dans la station debout parce que l'antéversion utérine empêche la tête d'appuyer sur l'orifice, sont plus marquées la nuit. Je conseille donc à Mme de B... de rester couchée. Le 6 au soir, bords de l'orifice minces, très souples. Dilatation égale à cinquante centimes. Poche absolument plate. Je crois que ma pince perforatrice elle-même ne pourrait saisir les membranes seules. Quantité de glaires s'écoulent. Dans la nuit, rupture de l'œuf. Le 7 au matin, la dilatation atteint la dimension d'un franc. Bords de l'orifice minces et durs. A midi : deux francs. A 6 heures : près de cinq francs. Épaississement, mais secondaire, car les bords sont souples. Ce n'est pas de l'œdème. Mme de B... souffre horriblement des reins toutes les trois minutes et est épuisée par l'insomnie. Il conviendrait de hâter les choses ; mais comment ?

Ce n'est point un cas de parésie utérine par hydramnios. Pas de tension permanente. Donc, soulever la tête pour faciliter l'écoulement d'une certaine quantité d'eau ne servirait à rien. Il faudrait un corps sphérique appuyant sur l'orifice et y pénétrant, ce dont la tête de ce fœtus devrait se charger, mais la *vis a tergo* manque. Le bain chaud, ocytocique puissant, échoue. Que faire donc ? Recourir au dilatateur métallique à trois branches ? Je crains d'énerver inutilement. Donner du chloroforme ? Ne para-

1. Il s'agissait sans nul doute de l'affection décrite dans mes ouvrages de gynécologie sous le nom de myo-cellulite (1907).

lyserait-il pas cet utérus déjà inerte ? La température étant de 36°6 et l'enfant bien portant je me résigne à la patience ; mais en constatant avec satisfaction l'excellence de la température de cette malheureuse qui tourne vers moi ses yeux suppliants, je me fais l'effet d'un de ces médecins des siècles passés qui examinaient les gens mis à la question et décidaient s'ils pouvaient endurer un ou deux coins de plus.

Je renouvelle le bain, je fais changer l'attitude, j'essaie même de la station sur pieds à condition que l'eau ne s'échappe point. Pour en être bien certaine, Mme de B... marche sur un drap. Il n'est pas taché. Elle n'a du reste aucune sensation d'écoulement.

Le bain l'a soulagée. La station debout repose d'abord ses reins où se concentrent et se prolongent, indéfiniment, d'inutiles douleurs. Puis elle a une lipothymie et se recouche. Il est 10 heures du soir. La dilatation égale cinq francs. Aucune dilatabilité. Douleurs toutes les trois minutes. Pendant la lipothymie, le cœur continue à battre. Le visage reste coloré. Un peu de divagation Mme de B... étant debout, et dans l'intervalle des douleurs, je remarque qu'elle a l'air d'une femme qui souffre à peine depuis deux heures. Elle marche, se lève, se baisse sans fatigue apparente. Les nerveuses sont ainsi. Nul rapport entre leurs sensations et la réalité. De même, quand elles ont syncopes ou lipothymies au moment de la délivrance, l'hémorragie que ces syncopes annoncent d'habitude, est nulle ou à peu près. Le pouls est petit, rapide, et non ralenti. Rien n'est déroutant comme ce genre de femmes (1).

Le 8 Juin, à 5 heures du matin, la dilatation ne dépasse guère cinq francs. Donc, comme diamètre, le gain est faible, mais les bords de l'orifice s'amollissent. Sous peu, nous aurons de la dilatabilité à défaut de dilatation.

1. Mes recherches physiologiques sur les syncopes, — in *Traité de kinésithérapie*, et thèse de Romano (1894-1895) — ont montré que ces femmes avaient — à en juger par les animaux — des vaso-dilatations abdominales brusques. Voyez observation XCI.

A 7 heures, le liquide amniotique tache la ouate en vert. Le cœur fœtal est régulier; mais cette régularité n'est plus une garantie de résistance. Femme nerveuse et vite épuisée, déjà surmenée, grossesse parvenue au delà du terme extrême, primiparité, inertie utérine, droite postérieure, vitalité fœtale exposée, forceps probablement inévitable ! L'horizon est noir.

Mon idée est, dès que la dilatabilité sera suffisante, d'achever la dilatation au moyen de la *vis à fronte* qui fera pénétrer par degrés et doucement la sphère céphalique dans l'orifice. Je prendrai conseil de N...

En l'attendant, je donne, à petites doses, le chloroforme que je suspends de temps à autre par crainte de paralyser l'effort utérin. Mme de B... est sensible au chloroforme dit « à la reine ». Elle perd la sensibilité avant l'intelligence. C'est le propre des nerveuses, des hyperesthésiques physiques ou morales. En somme ce sont des douillettes ; elles crient pour un poil qu'on tire. Quelques inhalations de chloroforme les calment et cette rapidité d'action prouve l'exagération des impressions ressenties ; car en réalité, la vraie sensibilité, la sensibilité des gens bien équilibrés, se manifeste chez elles comme chez les autres, dès qu'une vraie douleur, la douleur de tout le monde, se déclare. Elles ne sont pas endormies, elles sont suggestionnées ; mais il ne faut pas rire du chloroforme ainsi donné ; il a grande utilité; il détend les nerfs, calme les spasmes, et régularise les contractions.

N... trouve non pas une dilatation mais une dilatabilité plus grande, et me conseille de continuer les petites doses de chloroforme et d'achever la dilatation une ou deux heures plus tard avec le forceps.

Je fais chercher C... pour m'assister. A 11 heures, toutes précautions prises, c'est-à-dire pour la mère continuation et redoublement des soins antiseptiques, pour l'enfant préparation de linges brûlants, et de l'insufflateur, je mets Mme de B... en travers du lit, bien installée, suffisamment couverte. Dès que j'essaie d'in-

troduire la main, la douleur, celle que j'appelais la vraie, la douleur de tout le monde, se réveille et Mme de B... prouve qu'elle n'est pas endormie. C... donne le chloroforme jusqu'à résolution. J'introduis la main droite, pouce excepté, dans l'orifice à peine plus grand que la paume d'une petite main, dilatabilité comprise. Je vais le plus loin possible et n'atteins pas l'oreille. Alors je mets le pouce, j'atteins l'oreille; mais le cordon tombe dans ma main. L'enfant est décidément perdu. La version seule en pareil cas, les conditions de multiparité et de dilatabilité existant, réussit. Ici elle est dangereuse ou impossible. Il faudrait aller vite, et l'intérêt de la mère commande prudence et lenteur. Je fais, par suggestion scolaire, deux tentatives de réduction; inutile perte de temps comme toujours. A quel accoucheur l'obstétrique doit-elle l'étonnante théorie du cordon prolabé, porté par la main au fond de l'organe et accroché à un pied? L'anse de plus en plus volumineuse retombe flasque et sans battements. Application classique du forceps, c'est-à-dire branche gauche la première. Mouvement de spire de la branche droite, aisé. Saisie aussi régulière, aussi pariéto-malaire que possible *in excavatione*. Branche antérieure très profondément introduite (1).

1. Si dans les positions obliques, *in excavatione*, on n'introduit pas très profondément la branche antérieure, elle mord de son bec l'os malaire ou l'orbite surtout après le léger et inévitable glissement dû au desserrement de la vis de préhension pendant les premières tractions. Or, cette branche fait levier. Ce levier explique l'unilatéralité des blessures fœtales à la suite des applications. Je l'ai appelée, pour cette raison, la branche qui blesse et tue. (Obs. XXVII). Il vaut donc mieux que l'extrémité de ce levier, c'est-à-dire le bec, saisisse le gras de la joue, ou à son défaut (« Fait-on toujours ce qu'on veut? » — La Chapelle) atteigne ou dépasse le maxillaire inférieur. Ne pas oublier que — *in excavatione* — même si la tête n'est pas inclinée, à plus forte raison si elle est asynclitique, les becs des cuillers antérieure et postérieure ne pourront se trouver à la même hauteur, sur le gras des joues comme dans la prise idéale des positions directes. L'un mord la joue, ou l'os malaire, ou l'orbite, ou les régions avoisinantes, tandis que l'autre peut atteindre même le cou. Or il vaut beaucoup mieux que ce soit le bec de la cuiller

Malgré cette perfection relative dont la mise en place de mes mains lors de l'introduction est le garant, je ne serais pas étonné que nous eussions, suivant la règle, au dégagement, une double obliquité de saisie. La première se révèle par la signature, quand elle est double. Les becs des cuillers ne mordent pas des régions symétriques. L'une est en avance sur l'autre. La seconde obliquité consiste en ce que la saisie n'est ni franchement pariéto-malaire ni fronto-mastoïdienne. Quelles que soient l'habileté de l'opérateur et l'excellence de l'opération, ces deux obliquités s'observent dans la majorité des applications *in excavatione*. Il y a, même dans les applications magistrales, inclinaison et rotation de l'axe longitudinal de l'ovoïde céphalique saisi par les cuillers.

Dès les premières tractions, la tête s'abaisse rapidement sur le périnée, l'orifice s'ouvrant comme une blague à tabac. Le rectum se vide, le forceps conserve sa position oblique, puis la rotation se dessine et l'occiput est nettement senti sous la branche ischio-pubienne. La réduction ne s'opère qu'à la vulve et est incomplète. L'occiput reste sous la branche descendante du pubis. J'ai vu le fait si souvent que je comprends Mme Lachapelle désarticulant et retirant systématiquement les cuillers pour laisser la tête libre dans sa dernière évolution; mais j'aime voir ma prise et pas seulement sa signature, à laquelle manque d'ordinaire une moitié.

Fœtus volumineux, violet ; flasque cependant. Sans la procidence on l'aurait eu vivant. C... le réchauffe, l'insuffle, le cautérise même, sans résultat.

Forceps appliqué comme je l'avais prévu. Prise un peu oblique. Une seule signature, de la cuiller antérieure. Je m'occupe de la mère dont l'utérus est inerte. Il fallait s'attendre à une délivrance artificielle, terminaison quasi-obligatoire de ces par-

antérieure qui atteigne les régions les moins vulnérables (joue, maxillaire inférieur, cou) puisque c'est la cuiller qui blesse et tue.

turitions prolongées après lesquelles l'utérus est parésié comme une vessie surdistendue. Ici le chloroforme, pourtant bien utile, a, par sa dose massive, ajouté son influence. Le placenta n'était pas décollé. Le doigt suivant le cordon — fil d'Ariane — se perdait dans les profondeurs au lieu de se heurter à la feuille de chou caractéristique de la face placentaire fœtale. Aucune présentation ni centrale ni marginale.

Les choses restant en cet état, une heure plus tard, je procédai à la délivrance artificielle, précédée et suivie d'injections antiseptiques. Il me fallut introduire la main et l'avant-bras aseptisés, jusqu'à la masse des muscles épicondyliens et épitrochléens que l'arcade pubienne pressait douloureusement. Je décollai les cotylédons qui crépitaient sous mes doigts glissés entre eux et l'utérus. Je dus les promener au fond, à gauche et dans toute l'étendue de la face postérieure, pour sentir enfin la masse placentaire libérée de toute attache. Je l'amenai à la vulve. Les membranes n'étaient pas reconstituables.

Chose curieuse, au sujet de laquelle je me suis expliqué déjà dans ce livre (Obs. XXXIII), cette femme aux tissus blancs, laiteux, un peu infiltrés, très exposés en apparence, n'avait même pas la fourchette excoriée après ces opérations multiples.

La température était de 36°5 le soir même, 8 Juin, et chose non moins curieuse que l'intégrité du périnée, Mme de B... avait dormi toute l'après-midi. Si jamais, cependant, accouchée a été exposée aux accidents de surmenage, c'est elle, après quatre jours de souffrances. Il y a là-dessous un effet bienfaisant des analgésiques, et dans ce cas du chloroforme; mais toutes les femmes ne ressemblent pas à Mme de B...

Ier jour. — M.: 36°1 ; S. : 36°6. Parésie vésicale.

IIe jour. — M.: 36°5 ; S. ; 37°3. Miction spontanée. Débris de membranes.

IIIe jour. — M. : 36°2; S.: 36°9.

IVe jour. — M. : 36°6 ; S. : 37°2. Les glandes mammaires sont sudistendues par le lait.

Ve au Xe jour. — M.: 36°5 ; S. : 37°2.

XIe jour. — La température s'élève ; petit frisson. Céphalalgie. Légère indigestion. Purgatif, naphtol β, quinine en lavement, antipyrine ne donnent aucun résultat. La température oscille entre 37°8 et 39°5. Aucun repos pendant neuf jours. Involution utérine arrêtée. Je n'ai jamais vu d'infection qui ne se soit annoncée dans les six premiers jours ; mais on n'a pas tout vu. Je lave donc, sans grande conviction, l'utérus avec six litres d'eau naphtolée. En effet, l'injection n'a que des inconvénients: tranchées pendant douze heures ; insomnie. Température : 39°5. C'est la dixième nuit sans repos. Alors je donne, la nuit suivante, du chloroforme à petites doses pour détendre le système nerveux. Plein succès. Quelques inhalations suppriment la céphalalgie et le sommeil commence. Il cesse au bout d'une heure. Nouvelles inhalations. Repos de trois heures. Réveil. Chloroforme. Mme de B... dort pendant quatre heures. La température s'abaisse, le ventre qui était tendu est plus souple.

XXIIe jour. — M. : 36°5. Lavement de chioral pour le soir, si le sommeil ne vient pas spontanément.

Le sommeil est spontané. La température est encore de à 36°5. L'utérus a repris son involution après la détente procurée par le chloroforme. Mme de B... a faim. Après un dîner peut-être indigeste, le thermomètre s'élève. J'ordonne un seul repas solide par jour et à midi.

Mme de B... se lève le 7 Juillet et, à partir du 10, le thermomètre ne quitte plus la normale.

1894. — Nouvelle grossesse. Présentation du siège. Version par manœuvres externes, difficile. Je réussis au troisième essai, à la fin de Septembre, en agissant sur le siège seul avec la paume de la main, par petites secousses, sans violence, mais avec continuité, peine, et fatigue.

Vers le 11 Octobre pris d'une légitime crainte en voyant la

grossesse se prolonger, comme la dernière, et l'enfant devenir volumineux, je pensai à la provocation du travail par les moyens qui ne déplacent pas la tête. A... consulté à ce sujet fut d'avis d'attendre et les événements lui ont donné raison.

Accouchement le 27 Octobre, après quinze heures de travail. R. T. : 30 Décembre 1893; D. P. 30 Septembre : 1894. D. E. : 19 Octobre. Donc encore huit jours de retard.

Eaux de l'amnios teintées en vert. Dilatation égalant cinq francs. Je me préoccupe, car si l'enfant peut perdre du méconium sans que la vie soit compromise, elle est de ce fait plus exposée quand il faut intervenir aussitôt que possible, c'est-à-dire un peu avant la dilatation complète et opérer sur une O. I. D. P.; ce qui est le cas.

Le moment venu, je mets tous mes soins à bien placer les cuillers. Saisie très correcte. Dégagement oblique, comme au premier accouchement. Inclinaison et rotation de l'ovoïde céphalique sur son axe longitudinal. Donc, irrégularité ordinaire de la saisie que je déclare correcte par ce qu'on ne peut obtenir mieux, dans les positions obliques. Garçon de 4.430 grammes.

OBSERVATION LXXXVIII

Erreur de diagnostic due à la négligence d'examen, à la réplétion du rectum, et aux efforts avant dilatation. — Phlébite sans fièvre prémonitoire. — Vaccine généralisée.

1893. — La poche des eaux rompue l'avant-veille, la baronne de B..., lorsqu'on me fait chercher, est au lit depuis deux jours. Elle pousse et m'appelle à l'aide :

— Le voici, dépêchez-vous.

Je me lave sans précipitation, lui disant pour calmer son impatience :

— Mieux vaut accoucher sans aide qu'entre des mains non aseptisées.

Je m'installe près d'elle. Je la découvre. Au premier effort le périnée bombe. La tête est proche évidemment, bien que la vulve ne bâille pas. J'ai constaté l'engagement profond il y a trois jours. J'exhorte Mme de B... à pousser. L'expulsion ne tardera pas. Aucune nécessité d'examiner. En règle, je m'abstiens, le plus possible, de toucher pendant le travail.

Debout, à gauche du lit, arrosant avec de l'eau antiseptique, à chaque contraction, les organes génitaux externes de cette multipare, qui s'était spontanément mise en attitude d'expulsion avant mon arrivée, j'attendais l'apparition imminente du vertex. J'aurais pu l'attendre longtemps.

Dix minutes, un quart d'heure, vingt minutes se passèrent. Mme de B... s'évertuait, le périnée bombait... et la vulve ne bâillait pas.

Alors je touchai, non pas comme on touche pour une exploration profonde, le coude abaissé, mais pour une exploration superficielle, le coude haut, la main en supination, du bout de l'index recourbé en crochet. J'étais convaincu qu'à peine introduite, la phalangette heurterait la suture sagittale.

A mon vif étonnement, je rencontrai d'abord une partie molle de la consistance d'une fesse, puis la tête un peu au delà. En même temps la face dorsale de mon doigt me semblait en contact avec un petit membre prolabé dans la concavité sacrée. Ému par ces sensations anormales et examinant avec soin je trouvai : 1° un segment inférieur utérin épais, doublant la tête perçue en arrière à travers un orifice à demi dilaté tout au plus ; 2° un rectum rempli de matières fécales rappelant par leur forme un avant-bras fœtal.

Le segment inférieur s'abaissait à chaque effort et se collait au périnée. Je conseillai à Mme de B... de ne plus pousser, et, en vingt minutes, la dilatation s'acheva. Alors expulsion rapide et spontanée d'un petit garçon de 2.300 qui ne balaye pas le rec-

tum de la baronne au passage. Celui-ci reste bourgeoisement conservateur.

Délivrance intégrale et naturelle. Contractions utérines *post partum* très douloureuses pendant quelques heures. Pouls rapide sans hémorragie. Du IIe au IXe jour, la température prise matin et soir est de 37°4, 37°6; 36°4, 36°6; 36°5; 37°4; 36°4, 37°4; 36°6, 36°8; 36°6, 36°8; 36°7, 37°2.

Au IXe jour, la colonne mercurielle pointe à 38°, et quatre jours plus tard Mme de B... a une phlébite caractérisée du membre inférieur droit. Traitement par les compresses imbriquées saturées de chlorhydrate d'ammoniaque. Pas d'éruption. Œdème considérable. Trois jours après, menace à gauche confirmée le surlendemain. Vingt-quatre heures s'écoulent à peine et les signes d'une thrombose pulmonaire se manifestent. Les migrations toxiques se sont dans ce cas précipitées, et fait exceptionnel, la fièvre prémonitoire (période latente) manque. Lisez l'obs. LXIV.

Au XXIe jour des couches le sang reparaît suivant la règle physiologique, ce qui est de bon augure; mais ce sang est fétide.

Au XXIVe jour, colère et violente attaque d'hystérie. Dans les trois jours qui suivent, disparition complète des signes pulmonaires; la température tombe à 37°2 et ne remonte plus. En même temps la peau des membres inférieurs, rebelle jusque-là au chlorhydrate d'ammoniaque, présente, non pas l'éruption caractéristique, mais de larges phlyctènes. L'œdème s'évanouit en quelques heures, pour ne plus revenir, même le soir, même dans la station sur pieds, car Mme de B... se lève et circule de suite. Tout est extraordinaire dans son cas.

L'enfant vacciné à la génisse a présenté l'éruption assez fréquente, qui se localise à la paume des mains et à la plante des pieds. Je n'en ai pas encore vu d'aussi tenace ni d'aussi intense. Confluence des pustules et réinoculation continuelle. Généralisation discrète sur tout le corps. Traitement sec par la poudre de salol inefficace. Traitement humide par la solution de biiodure ioduré à 5 et 10 centigrammes pour 1.000, de suite triomphant.

OBSERVATION LXXXIX

Albuminurie pendant la grossesse. — Accouchement physiologique. — Angine de Ludwig. — Amour-propre professionnel ; ses conséquences.

1895. — Le Dr O... m'a prié d'assister sa femme pendant ses couches.

Je fais, pour la grossesse, mes recommandations habituelles : recherche hebdomadaire de l'albumine ; antisepsie, particulièrement rigoureuse puisqu'il s'agit de la femme d'un médecin, exposée au plus haut chef par les fonctions de son mari, prosecteur.

Six jours avant le travail, O... me signale l'albumine. Les urines se coagulent en masse. Œdème des membres inférieurs, un peu de dyspnée. J'ordonne la diète lactée immédiate. Diminution de l'albumine. Œdème persistant.

L'accouchement spontané est suivi d'une belle montée de lait et jusqu'au IIIe jour, la température reste physiologique. Elle s'élève alors à 38°5. Pourquoi ? Je pratique un examen complet. Tout semble normal. Très léger nuage de l'albumine en décroissance depuis l'accouchement. Jambes sèches. Ventre indolore. Aucun malaise sinon celui d'une dent cariée dont Mme O... se plaignait depuis quelques jours. La gencive est un peu indurée.

Dès le lendemain la colonne de mercure s'abaisse et oscille entre 36°3 et 36°5. Rassuré, je prie O... de me prévenir s'il avait besoin de mes conseils et je cesse mes visites. Le XIIe ou XIIIe jour, je rencontre O... qui me fait part de ses inquiétudes. Mme O..., aurait une angine de Ludwig, affection des plus graves.

Au VIe jour, Mme O..., reprise de fièvre, avait éprouvé de violentes douleurs dans toute la tête. Développement simultané, graduel, mais rapide, d'un phlegmon dentaire. O... se décide à

extraire la dent cariée. La température s'abaisse et la céphalalgie s'atténue pendant quelques heures.

Au XVe jour, consultation entre E... et O... qui lui fait remarquer des boursouflures sur toute l'étendue de la muqueuse buccale. Les jours suivants, ces phlyctènes de plus en plus soulevées crèvent, laissant la bouche à vif. Irrigation à l'eau chloralée. Pas d'amélioration. E..., revenu, incise profondément les tissus sous le menton. Pas une goutte de pus. Drain à demeure. Le lendemain, la plaie, de vilain aspect laisse suinter un peu de sérosité sanieuse. L'œdème augmente à la partie inférieure du visage et fait collier. L'intervention a abaissé le thermomètre, mais vingt-quatre heures après il remonte et se fixe à 40°. Un élargissement de l'incision au thermocautère reste sans effet au XVIIe ou XVIIIe jour. La malade expire le XXe ou XXIe.

1896. — Les événements, qui suivent sont survenus dans ma clientèle, mais en dehors de mon observation personnelle. Je dois leur relation à la sage-femme qui assista Mme O... Ils m'ont été confirmés par M. de X... père des malades dont il sera question, et par O...

« Faisant, par hasard, visite à Mme de X..., je demande à voir les « enfants. Le premier aperçu est le baby de deux ans, qui vient à ma « rencontre. Sa démarche incertaine me frappe. Ses yeux mornes, « son teint livide et un léger empâtement de toute la face me « rappellent si nettement l'aspect de Mme O... soignée par moi « jadis, que je me demande si cet enfant n'est pas atteint du même « terrible mal. A l'étonnement que je manifeste de le voir debout, « la mère me répond que le professeur K..., appelé il y a une « huitaine, et revenu l'avant-veille, avait diagnostiqué une petite « fièvre ganglionnaire sans gravité, toute naturelle chez un enfant « lymphatique, ajoutant que le lit n'était pas nécessaire, qu'il « suffisait de ne pas sortir. Je laissais voir à Mme de X... ma « crainte d'une erreur de diagnostic. Je ne pus même m'em-

« pêcher de dire à la nourrice, se plaignant devant moi et en « l'absence de la mère, de l'extrême fatigue causée par cet enfant « privé de tout repos depuis dix jours, qu'il fallait être avec lui « patiente comme on l'est avec les malades condamnés.

« Quarante-huit heures après ma visite, M. de X..., inquiet à son « tour, vient me prier de servir de garde. A mon arrivée, le baby « me semble presque moribond. La muqueuse buccale présente « très nettement les boursouflures et les taches que le Dr O... « avait signalées au Dr E... lors de sa première visite à Mme O... « La température était de 40°. Elle n'a pas varié d'ailleurs à « dater de ce jour, jusqu'à la fin. Aucun repos.

« Là-dessus je dépêche le père auprès du professeur K... avec « mission de lui dire que j'avais soigné jadis Mme O... morte d'une « angine de Ludwig, que je redoutais la même maladie chez l'en- « fant, et de lui demander une consultation avec le Dr O... qui « depuis la mort de sa femme faisait une étude spéciale de cette « affection et pensait avoir trouvé moyen de l'enrayer quelquefois.

« Le professeur K... reçoit assez mal M. de X..., lui demande « s'il peut y avoir la moindre hésitation entre le diagnostic « d'une garde et le sien, et finit par dire : « Allez-vous-en aussi « tranquille que je le suis moi-même sur l'issue de cette affec- « tion. »

« Le père revient à demi rassuré, se demandant s'il n'appellerait « pas le Dr O... avec ou sans le professeur K... ; mais les affir- « mations de ce dernier ont été si catégoriques, qu'on se décide « à attendre sa visite promise pour le lendemain.

« Il vient en effet, examine le malade, rassure encore les « parents et ordonne du calomel. Abondante diarrhée, pendant « laquelle l'état s'aggrave à tel point qu'au milieu de la nuit je « réveille les parents et conseille au père de se rendre sans « retard chez le professeur K... et d'insister pour la consulta- « tion avec le Dr O...

« Tous deux viennent dans la journée accompagnés du Dr D... « O... confirme le diagnostic angine de Ludwig, déclare que le cas

« n'est pas absolument désespéré. A son avis, l'intervention chi-
« rurgicale doit être remise. Le Dr D... est chargé d'appliquer
« lui-même, plusieurs fois par jour, le traitement suivant : irriga-
« tions fréquentes de la bouche à l'eau boratée ; nettoyages à
« l'eau oxygénée ; compresses chaudes souvent renouvelées sur
« les ganglions.

« Quarante-huit heures après la consultation, l'enfant étant
« mourant, le Dr O... fait une incision qui laisse écouler de la
« sanie. L'agonie traîne deux jours.

« Le soir même de la première consultation du Dr O... l'aînée
« des enfants, fillette de sept ans, est prise de vomissements, fièvre
« engorgement ganglionnaire et empâtement de la face. Le Dr D...,
« venu pour les soins à donner au petit frère, assure, après exa-
« men, que le pronostic est bénin, ordonne de la quinine, et ba-
« digeonne les ganglions d'une forte couche de teinture d'iode.
« Accroissement très rapide du mal. Les parents inquiets prient
« le Dr O... de donner son avis. O... déconseille la teinture d'iode,
« défend le calomel et prescrit les irrigations, nettoyages et
« compresses employées pour le petit mourant. L'affection cède
« en quatre ou cinq jours. La température redevenue normale,
« O... déclare que la fillette est hors de danger. Très longue con-
« valescence. »

1907. — Ma compétence est nulle au sujet de cette redoutable affection. Je ne sais rien de ses variétés plus ou moins graves. Son étiologie semble, dans les trois cas, nettement liée aux affections des dents et à leur poussée, puisque Mme O..., albuminurique et en pleine puerpéralité — circonstances aggravantes — souffrait d'une carie, et peut-être de l'évolution des dents de sagesse ; quant aux deux enfants ils avaient l'un deux ans et l'autre sept, âges où se termine la première dentition et où commence la seconde. Je ne sais si O..., aujourd'hui disparu, a publié ses recherches sur le traitement. La défense du terrain, la

dynamogénie, la prophylaxie de l'infection y tiennent la première place.

Si ce livre tombe en d'autres mains que celles des médecins, le lecteur sursautera d'étonnement et d'indignation, d'incrédulité même au récit de la conduite du professeur K..., surtout s'il se représente notre profession comme un sacerdoce dont la Faculté et les hôpitaux sont les temples.

Évidemment K... n'avait jamais vu d'angine de Ludwig. Aucun de nous n'a tout vu ; mais un clinicien de valeur — et K... en est un — a dans l'œil et reconnaît au premier aspect, les signes généraux qui décèlent la gravité des affections et l'imminence de mort. La profession de médecin n'est même pas nécessaire en ce genre d'appréciation. L'expérience et les qualités générales d'observateur suffisent pour le pronostic. « Elle n'est pas si malade que ça », disait devant moi à une famille éplorée le père N..., confesseur attitré des ruelles aristocratiques, au sortir de la chambre d'une pénitente qu'on supposait moribonde et qui ressuscita.

K... a fermé volontairement les yeux. Il n'a pas voulu se déjuger. L'amour-propre professionnel croît avec les titres, et conduit insconsciemment aux pires choses. Rares sont les maîtres capables de reconnaître une erreur, de la réparer si possible, et d'en tirer parti pour l'instruction de leurs élèves. Simple preuve d'intelligence cependant ; mais les défauts de caractère ruinent l'intelligence. Rare, très rare dans notre corps enseignant, le véritable esprit scientifique, fait de sincérité, de désintéressement, de recherche du progrès, et surtout d'une constante défiance et critique de soi-même.

Paraître d'abord, dissimuler sa faute, faire de sa personnalité professionnelle un fétiche, une stupide raison d'état, un saint sacrement, se figer dans l'outrecuidante et cette fois criminelle sottise de la vanité, y perdre intelligence et probité, ne pas démordre de son opinion même au prix de la vie ou de la santé des autres, et se payer d'imbéciles et malhonnêtes sophismes pour endormir un reste de conscience, telle est l'histoire de K...

variante de mille autres, tristement banale, et humaine avant d'être médicale.

OBSERVATION XC

Délivrance naturelle. — Conduite à tenir. — Mécanisme. Enchatonnement.

1896. — Appelé, hier 5 Juin, par mon confrère Y... pour une délivrance artificielle, je l'ai trouvé « tendant et attendant » et exhortant sa cliente à pousser, depuis une demi-heure, environ.

« Tendre et attendre » est un excellent précepte, à condition que le placenta soit décollé et remplisse de sa masse le segment inférieur. Autrement la manœuvre est irrationnelle, inutile, dangereuse, légitimement condamnée par les accoucheurs, unanimes à cet égard. On risque de rompre le cordon ou de produire, dit-on, l'inversion. Ce n'est pas le seul inconvénient. Même si les tractions sont contenues, même si l'insertion funiculaire est centrale et solide, la tension, surtout continue, gêne la physiologie de la délivrance, parce qu'elle abaisse en masse les segments supérieur et moyen de l'utérus, et que sous leur poids, le segment inférieur et le col, canal musculeux et long, se plient en accordéon.

De plus, l'abaissement de l'utérus favorise la congestion et les hémorrhagies. Les efforts ont le même inconvénient. Les poussées ne peuvent être tolérées que si le placenta est dans le vagin et pèse sur le rectum. Encore faut-il s'en défier.

Je résume ainsi la conduite à tenir dans la délivrance dite naturelle :

1° Laisser au placenta le temps du décollement, souvent reconnaissable à l'ascension du fond utérin au-dessus de l'ombilic (Schrœder, Pinard, Varnier).

2° A ce moment exercer le massage, de tout temps réputé ; mais

selon ma méthode: sur le fond et la face postérieure, jamais sur l'antérieure, sans pression, sans force, en frôlant le muscle. Pauses de cinq, six, dix secondes entre les frôlements d'égale durée.

3° Quand l'engagement est manifeste, extraire l'arrière-faix par traction continue et contenue (Pajot). L'interrompre dès que le disque est sorti pour que les membranes sortent seules ou entraînées par le simple poids du disque (1).

J'ai dit que j'avais trouvé le médecin « tendant et attendant » et exhortant la femme à pousser.

Je lui conseillai de ne pas continuer cette manœuvre, l'aspect du ventre, la hauteur de l'utérus, la faible longueur de cordon sortant de la vulve, le vagin à peine sanguinolent, indiquant l'improbabilité du décollement placentaire, et je lui déclarai qu'après toucher confirmatif, je pratiquerais sans doute la délivrance artificielle. J'avais alors la main sur le fond de l'utérus, dur, formant boule volumineuse à gauche, et ne dépassant pas l'ombilic. Mon confrère lâcha le cordon dont une partie réintégra brusquement le vagin comme tirée par un ressort, nouvelle démonstration soit de l'adhérence, soit de l'incarcération placentaire dans la corne gauche.

J'aseptisai les deux mains, et l'avant-bras droit, et la malade étant sur le dos, jambes fléchies, ma main droite suivant le cordon, fil d'Ariane que tendait légèrement la gauche, pénétra dans le vagin et reconnut nettement l'orifice. A ce moment, suivant la bonne règle, ma main gauche lâcha le cordon, pour maintenir le fond de l'organe où j'allais pénétrer ; mais coup sur coup, presque simultanément, je sentis un liquide chaud qui coulait sur mon avant-bras, l'utérus devenu mou s'éleva en s'agrandissant, et le moyeu de la roue placentaire arriva sur mes doigts. Le fond utérin se contractant diminua et durcit. Je n'eus qu'à re-

1. Pinard recommande de ne jamais extraire les membranes au moment d'une contraction pour éviter leur déchirure. Les anciens les tordaient en corde pour la même raison. L'inconvénient de ce procédé ingénieux est d'empêcher la reconstitution de l'œuf.

tirer ma main du vagin pour que l'arrière-faix suivît. Ce fut une délivrance naturelle avec hémorragie de suite enrayée, l'introduction d'une main même dans le vagin seul, provoquant la contraction, activée encore par l'application de l'autre sur le fond de l'utérus.

Pourquoi ce placenta était-il resté si longtemps (près de deux heures), adhérent et incarcéré, physiologiquement enchatonné comme disent Pinard et Varnier? C'est l'occasion de revendiquer — sans récrimination d'ailleurs, — la part qui me revient dans leur théorie de l'enchatonnement.

En 1882 j'ai écrit au rédacteur des *Annales de gynécologie* une lettre dans laquelle je discutais les opinions d'Herrgott de Nancy sur un cas d'enchatonnement mortel, c'est-à-dire d'emprisonnement définitif du placenta dans une loge utérine ; corne droite ou gauche, suivant les auteurs. Ils expliquent le phénomène par la contraction localisée des anneaux musculaires spéciaux à ces régions de l'utérus. Herrgott, de par l'anatomie pathologique du cas observé, proposait une explication toute différente.

« L'enchatonnement, disait-il, était dû au défaut de contraction « de la portion utérine sur laquelle l'implantation du placenta « s'était faite, portion frappée d'inertie pendant que le reste de « l'utérus se contractait et qui s'est laissée passivement distendre « sur son contenu et amincir dans ses parois. Il s'est produit une « véritable poche herniaire. » (Herrgott.)

A quoi j'objectai :

« M. Herrgott écrit que tout l'utérus était dur. Alors pas de dis- « tension passive. Pour moi, j'admets un inégal développement « des parois utérines, congénital ou gravidique. — Les fibres de « la portion de l'utérus où s'insère le placenta, augmentent « moins de volume que les autres, — ont dit dans leur traité « Dubois et Pajot. Voici l'hypothèse que je fais : après l'expul- « sion du fœtus l'utérus s'est rétracté et contracté, mais les « parois de la portion sur laquelle s'insérait le placenta, moins « épaisses que celles du reste de l'organe, et de plus gênées

« probablement dans leur retrait par l'adhérence du délivre, « avaient une puissance très inférieure. *La lutte s'établit* entre « deux forces dont l'inégalité devait s'accentuer d'heure en « heure et le placenta fut définitivement emprisonné... » (Stapfer, 1882).

Dix ans plus tard, Pinard et Varnier figuraient dans leur magnifique atlas, d'après des coupes congelées, la minceur de la paroi utérine au lieu d'insertion placentaire et s'exprimaient ainsi dans le texte :

« Aussitôt après l'expulsion du fœtus... chaque point de la « paroi utérine tend à se rapprocher du centre de la cavité. La « portion de la paroi qui correspond à l'insertion du placenta « reste plus éloignée de ce centre, en raison de la présence du « placenta et de sa moindre force élastique, rétractile, et con- « tractile, puisque cette paroi est plus mince. *Il s'établit dès « lors une lutte* constante (élasticité, rétractilité) avec assauts « (contractilité) pour faire disparaître cette inégalité... » (Pinard et Varnier, 1892).

Je ne puis offrir au lecteur meilleure confirmation de mon hypothèse de 1882. Esprit et lettre, tout concorde.

L'enchatonnement physiologique, expression heureuse de Pinard et Varnier, devient par exception rare, pathologique. Sous quelles influences ? « Les conditions (de lutte), disent-ils, seront loin d'être les mêmes, suivant que le placenta sera inséré au niveau d'une des cornes ou directement sur la paroi antérieure ou postérieure. » (Pinard et Varnier.) C'est l'idée des anciens auteurs qui, comme je l'ai écrit plus haut, expliquaient le phénomène du chaton par la contracture localisée des anneaux musculaires, spéciaux aux cornes, véritables prolongements tubaires élargis. (Voyez les dessins d'Hélie de Nantes.) L'utérus bifide serait une prédisposition. A l'insertion dans une corne ajoutez les adhérences, et l'enchatonnement sera presque fatal ; enfin les interventions intempestives, mal conduites ou retardées, rendront irrémédiable l'incarcération placentaire. Il ne faut pas laisser à

l'utérus le temps de se fermer. Il ne faut pas l'irriter maladroitement. Quand la porte est fermée par la contraction, on ne peut plus l'ouvrir. J'ai vu l'emprisonnement du délivre chez une femme que ses médecins, après quelques tentatives inutiles, proches de l'expulsion fœtale, avaient abandonnée pendant plusieurs heures, en disant qu'elle se débarrasserait seule. Son utérus était un bloc de pierre. Elle mourut. Ne laissons donc pas passer l'instant physiologique de la délivrance. Sa durée est celle de l'élasticité du canal cervico-utérin.

OBSERVATION XCI

Hémorragies de la délivrance. — Syncopes. — Leur traitement par le massage. — Attitudes qui favorisent les pertes de sang. — Attitudes qui les entravent. — Quantité de sang que les femmes en couches peuvent perdre sans mourir et sans être anémiées. — Pseudo-menstruation d'une nouveau-née.

1897. — On est venu me chercher pour une hémorragie de la délivrance. Nouvelle occasion d'appliquer mon traitement préventif de la syncope.

Lorsque je suis arrivé, la femme était à plat, sur des draps tout imbibés de sang, le placenta entre les membres inférieurs fléchis. On m'affirma qu'elle avait peu perdu. Cependant le pouls était insaisissable, le visage couleur de cire, et la perte de connaissance à peu près complète. Après tâtonnement, je perçus les pulsations de plus en plus distinctes. En même temps la malade, qui revenait à elle-même se déclara mieux, étendit ses membres inférieurs et avala une cuillerée de champagne frappé. Pour boire, elle fléchit la tête sur le sternum. Tout à coup, le pouls fila derechef en queue de rat, l'accouchée tourna vers moi des yeux

vagues : « Il me semble que je m'en vais, dit-elle. Le lit s'enfonce. »

Syncope complète. Membres flasques. Utérus un peu mou; mais le contact de la main réveille la contraction et l'organe n'est pas volumineux. Insignifiant filet de sang sur la vulve.

« C'est une nerveuse », me dit-on.

Explication banale, vraie en soi, car les nerveuses sont prédisposées à ce genre d'accidents; mais explication dont je ne me contente plus depuis mes recherches physiologiques et cliniques (1).

On m'offre une seringue de Pravaz et de l'éther. Au lieu de m'en servir, j'exerce pendant quelques secondes une légère malaxation des viscères supra-utérins, de l'ombilic au creux épigastrique. Je m'arrête pendant quelques secondes. Je reprends encore pendant quelques secondes. Dès la première malaxation, l'accouchée ouvre les yeux :

« Ah ! que cela fait de bien » ! dit-elle.

Je profite de cette résurrection momentanée pour fléchir les cuisses sur le ventre, les jambes sur les cuisses et glisser un bassin sous le siège. Tant que l'accouchée conserve cette posture, elle va de mieux en mieux. Le pouls remonte.

Je donne une injection d'eau chaude à 45° centigrades. Un très petit caillot est expulsé. La malade en éprouve du bien-être. L'utérus durcit sous l'influence de l'irrigation et d'un léger massage, opéré sur le fond et sur la face postérieure de l'organe, (jamais sur l'antérieure). Frôlements très doux entrecoupés de pauses.

On enlève le bassin. L'accouchée étend les membres. Elle est dans la position classique des syncopées, mais sur plan horizontal, et non incliné des pieds à la tête, comme on fait dans les

1. Voyez surtout : *Traité de Kinésithérapie*. Paris, Maloine. Voyez aussi : thèse de Romano (compte rendu des expériences); Société de Biologie ; Société obstétricale de France; Société de Kinésithérapie, *in Revue de Cinésie* (Mesnard, fondateur), etc., etc., 1895-1900.

grandes hémorragiës pour que la déclivité du corps entraîne le sang vers les parties supérieures.

La malade n'était pas depuis trois minutes dans cette attitude qu'elle se déclare mal à l'aise.

En effet le pouls file, les yeux chavirent, les paupières se ferment.

Je recommence la malaxation du paquet viscéral et les frictions du creux épigastrique, les paupières s'ouvrent, la malade parle.

Je palpe l'utérus ; il est un peu mou. Je découvre la vulve. Insignifiant filet de sang.

Nouveau massage du fond utérin. Remise en place du bassin. Quatre litres d'eau chaude en injections vaginales. L'accouchée demande à conserver cette posture qui lui procure du bien-être. J'en profite pour renouveler l'injection un quart d'heure plus tard. Toute cette eau est sortie à peine rosée.

Le pouls prend peu à peu une plénitude qu'il n'avait pas eue encore, même quand il remontait. Le champagne glacé est facilement accepté et pris par cuiller à soupe de quart d'heure en quart d'heure. Nous sommes hors de peine. Que s'est-il passé chez cette malade, dont je n'ai pu évaluer la perte, et chez d'autres dont l'hémorragie, très modérée, ne saurait expliquer l'état syncopal ?

J'ai plusieurs fois assisté à pareille scène chez des accouchées. J'ai traité avec plein succès par le même procédé des femmes grosses, des jeunes filles en lipothymie qui n'avaient aucune perte de sang et dont le pouls insaisissable présentait les caractères du pouls hémorragique. Enfin j'ai reproduit plus de cent fois la syncope sur des animaux dont le circuit circulatoire n'était ouvert sur aucun point. Inhibition classique du cœur, pense le lecteur. Du tout.

Voici ce qui se passe :

Sous une influence quelconque, arrêt de la digestion, émotion, effort prolongé, etc. (dans mes expériences, coups sur le

ventre), les vaisseaux de l'abdomen paralysés se dilatent brusquement. Le sang y afflue par un véritable drainage, dont les effets sont ceux d'une soustraction sanguine. Cette hémorragie abdominale *intra*-vasculaire (Stapfer) assoiffe le cœur. Il se rétracte, précipite ses battements comme pour compenser l'insuffisance de liquide en multipliant les coups de pompe, mais n'arrive pas à alimenter le cerveau. Alors survient la syncope avec cardio-constriction (Stapfer) qu'il ne faut pas confondre avec la syncope accompagnée de cardio-dilatation (inhibition classique).

En excitant ce que j'ai appelé réflexe dynamogène cardio-vasculaire du massage abdominal, la malaxation du paquet viscéral, de l'ombilic à l'épigastre, fait contracter les vaisseaux mésentériques, supprime la paralysie et renvoie le sang au cœur qui gonfle (à vue d'œil sur les animaux), ralentit ses battements et irrigue abondamment le cerveau.

Sous l'influence du massage, les syncopées sans effraction vasculaire ressuscitent instantanément. Il ne leur reste pour ainsi dire pas l'ombre d'un malaise.

1907. — Voici deux observations qui justifient les termes : résurrection instantanée.

Mlle S... non sujette aux syncopes, sans tare nerveuse, assistait à une opération pratiquée sur son père, par le chirurgien R... J'étais le patient. C'était le soir. Mlle S... à genoux tenait la lumière. Brusquement la lampe bascula et l'assistante roula sur le plancher, inerte, syncopée. Je laissai faire R... qui ouvrit la fenêtre, dégrafa la robe, aspergea d'eau froide le visage. Mlle S... restait blanche et flasque. Alors, intervenant, je conseillai à R... de se servir de ma méthode et je lui expliquai comment il devait s'y prendre.

Instantanément, la jeune fille ouvrit les yeux, se mit sur son séant, et se levant, *reprit la lampe pour éclairer R...* qui put achever tranquillement son nettoyage de plaie.

Mlle N... non sujette aux syncopes, mais un peu anémiée et dysménorrhéique, monte trois étages en portant sa bicyclette, qui lui échappe après un dernier effort pour arriver. Mlle N... tombe à son tour, assise, en disant : « Quel malaise ! Tout tourne. » Puis elle s'adosse au mur, décolorée, sans parole.

J'étais derrière elle. Sans même l'étendre, — notez-le bien — et sans prendre la peine de dégrafer corsage et corset que je sens lâches, je malaxe, à travers les jupes, le paquet gastro-intestinal.

Les paupières s'ouvrent immédiatement. La syncopée demande que le massage soit renouvelé à cause du « bien-être » qu'elle en éprouve. Elle se met sur pieds, rentre chez elle, et déjeune un quart d'heure plus tard.

Et maintenant, je le demande, résurrection instantanée, est-ce le mot propre ?

Voit-on beaucoup de syncopées — je ne parle pas des vertiges passagers — emportées à bras hors des salles surchauffées, se remettre aussi complètement, dans un aussi court espace de temps ? Et quel procédé ! A la portée de tous.

Dans les cas d'effraction vasculaire, même avec simple suintement, mais continu, comme chez les accouchées, il importe que ce rappel incessant de la syncope disparaisse pour que les effets du massage persistent. A cette fin, la contraction utérine est indispensable. Videz donc et stimulez l'utérus. Sachez en outre que certaines attitudes entretiennent les pertes de sang. Le lecteur attentif a pu le remarquer à propos de la première de mes trois observations. Je vais le lui montrer par un nouvel exemple de syncope, cette fois précédé d'une des plus formidables hémorragies que j'ai vues au cours de ma pratique obstétricale.

Mme G..., quartipare, a eu, lors des deux premiers accouchements, au moment de la délivrance, de violentes pertes de sang. Une fois on a craint pour sa vie, et X... de Lille, spécialiste réputé, a déclaré que chaque parturition l'exposerait. Cependant la troisième expulsion placentaire s'est terminée sans accidents,

en Suisse. Mme G... attribue ce résultat au procédé du confrère étranger La délivrance a été accompagnée de massage.

Lorsque j'arrive, Mme G... vient de mettre au monde une fille de poids moyen, quoique le terme extrême de la gestation soit dépassé depuis neuf jours.

L'utérus contracté a son fond près de l'ombilic. Je pratique le massage léger décrit plus haut; frôlements ou effleurages doux et intermittents ; mais je l'abandonne parce qu'il provoque un durcissement trop constant de la fibre musculaire. La contraction prolongée favorise l'expulsion mais non le décollement, et cet arrière-faix n'est pas décollé.

Je fais glisser un bassin sous le siège de la malade, pour donner une injection vaginale avant de procéder, s'il y a lieu, au décollement manuel. A ce moment je perçois l'ascension rapide du globe utérin plus mou qu'un chiffon, et indélimitable. En même temps le sang jaillit dans le bassin.

Mes manches n'étaient pas retroussées, mon avant-bras n'était pas aseptisé. Je ne pouvais donc introduire la main. Faute grave. Le sang s'échappe avec une violence et une abondance dont je n'ai jamais été témoin quoique j'aie vu des hémorragies bien graves. C'est un jet de pompe gros comme l'avant-bras. Je saisis le cordon et je le tends. De l'autre main j'exerce le massage. Je regardais le bassin s'emplissant avec la rapidité d'une cuvette où l'on verse un broc d'eau. J'attendais avec anxiété l'expulsion du délivre et malgré la crainte que j'éprouvais en regardant couler la vie de cette femme, je ne pus m'empêcher de penser avec une tranquillité que la confiance dans ma découverte explique et excuse : « Si cette femme échappe, si, surtout, elle n'a pas de syncope, le réflexe dynamogène cardio-vasculaire du massage gastro-intestinal est mieux que jamais démontré (1). »

1. Il ne faut pas se vanter. D'abord le hasard m'a servi, ensuite j'ai raconté ailleurs comment le mot *Kinésithérapie* dont je me suis cru l'inventeur, avait été créé par un Suédois en 1845. Voici mieux : un Chinois, trois siècles avant notre ère, Tamo, cité par le Dr Cautru, aurait, dans la pratique du massage,

Entraîné par les tractions le placenta sort, son moyeu au centre de la vulve, et sa chute dans le bassin élève le niveau du lac rouge jusqu'aux bords. L'utérus se rétracte bien mais se contracte faiblement. Pas de syncope, malgré le visage cireux et le pouls incomptable. Je continue la malaxation gastro-intestinale avec pauses légères pendant lesquelles j'excite la contractilité au moyen d'effleurages du fond utérin. Je fais enlever, vider et remettre en place le bassin. Le sang suinte encore. Il faut se défier, comme j'en ai fait la remarque à propos de ma première accouchée, de ces suintements pendant lesquels l'état syncopal s'installe. Je cesse momentanément les massages et donne une injection d'eau bouillie à 45° centigrades. Quatre litres provoquent quelques bonnes contractions qui ne se reproduisent pas. Mme G... prend du champagne en soulevant sa tête pour boire. Elle n'est donc pas à bout de forces; mais je défends ce mouvement. On ôte le bassin. Mme G... se sent moins faible et étend les membres inférieurs jusque-là fléchis. Un instant plus tard, le suintement sanguin qui avait cessé recommence, et pour la première fois la syncope se déclare. Je reprends le massage du paquet gastro-intestinal. Elle disparaît aussitôt et Mme G... me dit: « Laissez-moi plier les jambes, je suis mieux ainsi. »

Elle fléchit donc les membres inférieurs. Je donne encore une injection chaude. L'utérus se contracte. Je conseille de tenir les membres fléchis et de se laisser mettre au besoin, sans nul effort, sur le côté, en chien de fusil, si cette posture soulage et repose.

J'avais fait chercher une ampoule de sérum. On ne s'en est pas servi. Quatre jours plus tard, Mme G..., déjà colorée, promettait

insisté sur l'importance de *remuer le petit cœur du nombril*. Or, c'est à l'épigastre et dans les parages ombilicaux qu'on excite le réflexe. J'ai aussi appris qu'un médecin Russe auquel mes travaux étaient inconnus, supprimait les syncopes par le massage abdominal. Enfin j'ai signalé des expériences de Striker (Vienne), par lesquelles ce professeur reproduisait dans des cours qui n'ont pas été publiés, l'hémorragie INTRA-vasculaire. *Nil novi sub sole.*

d'être ce qu'elle a déjà été, excellente nourrice. Promesse aujourd'hui tenue.

Le hasard qui m'avait fait glisser un bassin vide sous le siège de l'accouchée, au moment précis où les écluses se sont ouvertes, m'a permis de mesurer la quantité de sang perdu. Elle atteignait trois litres. Les physiologistes évaluent à cinq la masse totale. Quoi qu'il en soit, il restait à Mme G... suffisamment de ce liquide vital réclamé par Mauriceau pour sauver sa sœur, que la « politique d'un chirurgien » avait tuée. La provision du sang varie en peu de temps. Claude Bernard a prouvé que chez l'animal, après un repas copieux, le « milieu intérieur » augmente du double. J'ai nourri et surtout abreuvé Mme G... *Facilius est potu refici, quam cibo*, a dit Hippocrate.

J'ai été une fois de plus frappé de l'influence que paraît avoir l'extension des membres inférieurs sur le retour de l'hémorragie et l'apparition de la syncope. J'y ai réfléchi, la rapprochant du même fait observé chez la première accouchée dont il est question dans ce chapitre. En gynécologie, les malades m'ont confirmé l'importance de l'attitude dans les hémorragies. Couchées, elles les diminuent et se soulagent en fléchissant les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. La chose est explicable. Toutes les fois que les membres inférieurs sont allongés, les droits abdominaux sont plus ou moins tendus. Ce n'est certainement pas l'attitude déclive qui causait du bien-être à Mme G..., car le bassin sur lequel reposait le siège était du genre dit « pantoufles » qui le soulèvent à peine, et à aucun moment la partie supérieure du corps n'a été plus basse que l'inférieure. Quelle que soit la véritable interprétation du fait, la flexion des membres inférieurs est utile contre la tendance aux hémorragies.

De même la flexion du cou qui, pour la fixation nécessaire du sternum, entraîne la tension — et la tension active — des droits abdominaux, congestionne les organes pelviens. Évitez-la, ne permettez pas à l'hémorragique qui veut boire, de lever la tête. J'ai vu les pertes favorisées par la flexion du cou active et per-

sistante, pour coudre ou lire, la malade étant sur son lit ou sa chaise longue. Au contraire, le soulèvement actif du siège dérive le sang. L'effet de la déclivité est doublé par la contraction décongestionnante des muscles dorsaux.

Tout cela est certain de par mes études des mouvements gymnastiques médicaux, et elles remontent à seize ans aujourd'hui.

Je n'ai pas expérimenté dans les hémorragies de la délivrance l'abduction fémorale si puissante contre les écoulements sanguins chroniques et dont je parle dans les observations XCII, XCIII et XCIX. On pourrait l'essayer, mais seulement quand la femme connaît et exécute bien cet exercice, et sous la condition *sine quâ non* de vigueur suffisante. Tout mouvement actif doit être épargné aux débilitées.

Par une rencontre bizarre la fille de Mme G... a présenté dans la seconde semaine, pendant quatre ou cinq jours, avec abondance notable, une de ces hémorragies génitales assez rares, qui n'accompagnent pas nécessairement chez les nouveau-nées le développement d'un follicule de Graaf, puisque ce dernier phénomène est souvent constaté dans les nécropsies, sans perte sanguine. Tout cela est aussi inexpliqué que la sécrétion mammaire très fréquente au même âge et chez les deux sexes.

OBSERVATION XCII

*Hémorragies mettant obstacle au nourrissage. — Hémostase par la gymnastique médicale (mouvement-médicament). — Les caquets de Mme de ***.*

1898. — J'ai reçu, d'une femme d'esprit et de bon sens, la lettre suivante, que je publie, comme une observation dont la médecine expérimentale ne saurait contester la valeur.

« Mon cher docteur, je gage que vous ne vous souvenez pas

« de Mme de *** qui vous a tant fait rire jadis par ses opinions sur « la médecine et les médecins ?... Vous l'avez si bien soignée « depuis — sans vous en douter, — qu'elle s'en veut de ne vous « avoir pas encore écrit...

« Que je rafraîchisse d'abord votre mémoire : en 1890, il y a « huit ans, vous m'avez accouchée. J'ai nourri mon enfant avec « succès jusqu'au quatrième mois. Les règles avaient paru au « troisième. Mon lait diminué à ce moment était vite remonté. « Un mois ou six semaines plus tard — je ne me rappelle pas « exactement — retour de la perte qui, cette fois, prend les pro- « portions d'une hémorragie, à ce point que vous et notre autre « médecin, de C..., m'ordonnez le repos absolu. Le sang ne dimi- « nue pas. Vous me noyez dans l'eau chaude. Le sang coule « toujours et le lait s'en va. J'étais désolée. Je désirais tant nourrir « mon baby ! Alors vous m'avez annoncé, d'une voix senten- « cieuse, qu'en pareil cas on était obligé d'arrêter le nourris- « sage, si la maman s'affaiblissait. Je me suis révoltée. J'ai « appelé la nature une marâtre, et j'ai traité d'ânes, de C..., « vous, la Faculté, toute la Confrérie ! Ne m'en voulez pas. Il « a fallu se rendre à la cruauté des faits et... prendre une rem- « plaçante !... Quelle horreur !

« Six ans plus tard — excusez-moi, apôtre de la repopulation, « ce n'est pas ma faute — en 1896, j'accouchais pour la seconde « fois, ici, à... où nous sommes actuellement fixés. Je suis reprise « des mêmes pertes. Me revoilà au lit, à l'eau chaude, et surtout... « aux champs, lorsqu'un beau matin, notre médecin revenant de « Paris, arrive avec un gros livre sous le bras et nous dit : « N'avez- « vous pas connu le Dr Stapfer ? Voici un ouvrage de lui, qui « vous intéresse. Il prétend qu'on peut arrêter les hémorragies « par certains mouvements gymnastiques. Cela me paraît invrai- « semblable, je l'avoue. Je n'y *crois* pas ; mais si Mme de *** veut « essayer ?

« Je vous laisse à penser si Mme de *** veut ! V..., notre méde- « cin auquel il déplaît décidément même d'avoir l'air *de croire*,

« prête votre livre à mon mari, en disant qu'il opérera aussi bien « que lui.

« J'étudie ; mon mari aussi ; et le jour même nous commençons.

« V... nous avait indiqué l'exercice dans lequel on résiste à la « malade, qui écarte les genoux. Puis on rapproche les genoux « de la malade, qui résiste à son tour. Je ne me rappelle pas le « nom scientifique (1).

« Nous réussissons... en trois jours !

« C'est moi qui étais contente ! J'attendais V... avec impatience « pour lui apprendre la grande nouvelle. Il vient, écoute, et cli- « gnant ses petits yeux moqueurs, il dit :

« Simple coïncidence, peut-être.

« J'étais furieuse ; mais le mois suivant, sentant que les règles « menacent, j'exécute de suite l'exercice. Le sang paraît. Quelques « gouttes seulement. Je continue. Il disparaît ! Triomphante « j'attends V... Cet homme affreux m'écoute et dit :

« Ça, c'est de la suggestion, ou je ne m'y connais pas ! »

« Je l'aurais étranglé. Il n'y a pire têtu qu'un médecin. Pasteur « l'a dit, et il s'y connaissait. Vous êtes perclus de préjugés !... Bien « entendu, je parle de la Confrérie en général !... Sans rien exami- « ner, *vous croyez* ou vous *ne croyez pas* à telle ou telle nouveauté « médicale au lieu d'étudier tout bêtement pour *savoir* ce qui « vaut mieux que *croire*.

« La gymnastique, ce n'est pourtant pas la transsubstantiation !

« J'ai dit tout cela à V... qui le méritait et ne m'en a pas voulu « parce qu'il a de l'esprit. Il a même dit : « Vous avez peut-être rai- « son, il faudra voir. » Seulement il n'a pas remué le bout du petit « doigt, parce qu'il est plus paresseux qu'un loir, et que, par « malheur, votre méthode doit être *travaillée*. Ça ne se met pas « sur un bout de papier, en ordonnance. V... n'avait lu votre livre

1. L'abduction fémorale ; gymnastique dont les effets sont décongestionnants pour le bassin. Ce sont les masses pelvi-trochantériennes qui se contractent, en même temps que les muscles dorsaux, car la malade tient le siège soulevé pendant les deux temps de l'exercice.

« qu'avec le pouce... Je l'ai forcé à l'étudier... Vous allez voir « comment.

« D'abord j'ai eu un nouveau baby en Avril dernier et j'ai été « reprise de perte, immédiatement arrêtée par votre gymnastique.

« Ensuite ! Devinez. Je vous le donne en mille. Non, vous ne « devinerez pas. J'ai guéri la fille de V... ! Je lui ai demandé de me « confier cette enfant, très anémiée, sous prétexte de lui faire res- « pirer l'air de la campagne. J'avais mon plan. Cette anémie pro- « venait de pertes excessives. La fillette passait la moitié du mois « au lit. Dès son arrivée chez nous, je lui apprends les mouvements « comme vous le recommandez. Elle les exécute à merveille. « Alors le quatrième jour de l'époque suivante, gymnastique « matin et soir. Quarante-huit heures après je présente à V... sa « fille debout et ne perdant plus, ce qui ne s'était pas vu depuis « six mois, date de la formation. Ravi, mais un peu honteux V... « m'a dit : « Je *croyais* que la nature aurait arrangé les choses. »

« Eh bien ! lui ai-je répondu, *croyez* maintenant à la gymnas- « tique.....

. . . . . .

« Voilà, mon cher docteur, et merci encore... Excusez les « caquets de Mme de***. »

Mme de*** a autant d'esprit que son aïeule, Rabutin-Chantal ; mais l'esprit, c'est ici l'accessoire. Quel bienfait qu'une méthode qui, dans certains cas, réussit entre toutes les mains !

OBSERVATION XCIII

Menaces d'avortement. — Insuccès du repos absolu. — Succès de la gymnastique d'abduction fémorale.

1899. — Mme R... m'a prié de passer chez elle. Je l'ai trouvée au lit, enceinte de six semaines à deux mois et perdant du sang.

Cette grossesse est la cinquième; les deux dernières se sont terminées par des avortements, quoique Mme R... ait pris la précaution classique du repos absolu. Mme R... redoute un troisième malheur et ayant appris que j'arrêtais hémorragies et avortements par une nouvelle thérapeutique, elle veut savoir si cette thérapeutique lui réussirait.

Après m'être assuré par l'interrogatoire de Mme R... et de son mari que les avortements ne sont pas causés par la syphilis, mais selon toute probabilité par la simple congestion, je tiens à Mme R... le propos suivant :

— Il est exact qu'on puisse enrayer les fausses couches au moyen d'exercices gymnastiques et de massages. Dans beaucoup de cas la gymnastique seule suffit; mais il faut la pratiquer correctement. Ce n'est pas difficile. Essayons de suite.

Je tente alors l'exercice d'abduction fémorale (1).

Mme R... exécute le mouvement en nerveuse, sans correction, ferme la glotte, a peur de ne pas réussir, se crispe comme un bicycliste qui enfourche une machine pour la première fois. Dans ces conditions, nuls ou fâcheux sont les effets d'une gymnastique qui exige la souplesse, l'élasticité, un effort local, jamais général, et la sensation qu'on pourrait la continuer indéfiniment sans fatigue. J'y renonce donc et je conseille à Mme R... d'attendre patiemment au lit le succès ou l'échec du traitement classique, et, s'il échoue, de venir, chez moi, après avortement, le temps nécessaire pour apprendre l'exercice dont on usera plus tard si elle devient enceinte et est menacée du même accident.

Mme R... avorte malgré le repos absolu. Deux mois après, elle se présente à ma consultation pour faire l'apprentissage de l'abduction fémorale.

Il a duré six semaines en le pratiquant chaque jour sauf au moment des règles. Je ne l'ai jamais vu aussi long (2). On réus-

1. Voyez *Traité de Kinésithérapie*.

2. Et ne l'ai pas revu (1907).

sit en fin de compte. D'ordinaire en trois ou quatre séances, si le professeur est bon, l'exercice est déjà suffisamment correct pour produire des effets et beaucoup de femmes, de jeunes filles surtout, manœuvrent bien d'emblée.

Mme R..., enceinte dans les mois qui suivirent, fut menacée comme aux grossesses précédentes. Elle se mit au lit, perdant du sang, et me prévint de suite. Abduction fémorale quotidienne. Cinq mouvements le matin et cinq le soir. Dès le lendemain le sang diminue, puis s'arrête et je laisse Mme R... se lever, en continuant les exercices une fois par jour pendant une quinzaine. Elle ne les abandonne que pour les reprendre au moindre malaise abdominal. Ce malaise, périodique, se manifeste d'ordinaire tous les deux septénaires. Je l'ai appelé : malaise moliminaire. A partir du sixième mois, Mme R... se passe de gymnastique et accouche à terme.

1907. — La prédisposition manifeste de Mme R... aux avortements m'a déterminé, en 1901, à lui conseiller une cure de massage après l'accouchement. Je l'avais examinée à l'époque où elle venait chez moi pour apprendre la gymnastique. Les organes étaient en apparence parfaitement sains ; mais le trouble de fonction — du corps jaune sans doute — se manifestait par la tendance aux congestions pendant la gravidité. J'espérais que le massage, puissant régénérateur de la fonction ovarienne, mettrait pour l'avenir Mme R... à l'abri, même des menaces que la gymnastique avait conjurées.

Or, en 1902 une septième grossesse a évolué sans aucune menace d'avortement, et sans qu'on ait eu besoin de l'abduction fémorale même préventive.

OBSERVATION XCIV

Éclampsie pendant la grossesse. — Provocation de l'accouchement. Difficultés. — Mort immédiate de la mère, tardive de l'enfant.

1898. — Tertipare, Mme J... est accouchée à terme, il y a sept ans, d'une fille aujourd'hui bien portante. Une seconde grossesse a été interrompue vers le deuxième mois, et cet avortement dans lequel la congestion — c'est-à-dire, à mon avis, un trouble d'évolution des corps jaunes — semble avoir joué le principal rôle, a été le point de départ d'accidents d'oophoro-salpingite bénigne ou cellulite péri-annexielle, principe de stérilité.

J'ai traité Mme J... en 1893 par la kinésithérapie gynécologique. Ce traitement a eu son double résultat ordinaire : 1° relèvement de l'état général, forces récupérées, accroissement des globules rouges; 2° disparition locale des douleurs et de l'œdème péri-oophoro-tubaire. Le troisième résultat, bien fréquent, la fertilisation, n'est pas obtenu. La grossesse ne survient que cinq ans plus tard en 1898. R. T. : 25 Février ; D. P. : 25 Novembre ; D. E. : 14 Décembre.

Malgré la tertiparité, à cause du long intervalle entre les deux dernières gestations, et aussi parce que je suis partisan de toutes précautions, surtout faciles à prendre, j'engage Mme J... à examiner ses urines, comme le font — ou doivent le faire — toutes mes clientes, chaque semaine. Mme J... confie ce soin à son mari, chimiste.

Dans les derniers jours d'Octobre, brusquement, violente douleur épigastrique, sang dans les urines, troubles de la vue, hallucinations. On me prévient. J'accours.

Mon premier soin est de m'enquérir des examens d'urine qui ont précédé l'apparition du sang, alors que Mme J... se portait bien. J'apprends que trois semaines auparavant, les membres inférieurs s'étaient œdématiés, sans apparition d'albumine ; l'exa-

men n'a pas été renouvelé. Nouvelle désolante, car l'éclampsie sans albuminurie est contestée, et Tarnier, propagateur en obstétrique de la diète lactée, m'a affirmé n'avoir pas encore vu d'albuminurique ainsi traitée depuis une semaine, devenir éclamptique. Il l'a, de plus, écrit. Maintenant que faire ? Le danger est grand. Aucune apparence de travail. Deux petits accès convulsifs, auxquels je n'ai pas assisté, ont été constatés. Je vois la malade dans le coma avec intervalles d'imparfaite lucidité. J'ordonne six grammes de chloral en lavement, et bien entendu, le lait à l'exclusion de tout autre aliment ou boisson. Je reviens quelques heures plus tard. Il n'y a pas eu d'attaques. La malade est sortie du sommeil médicamenteux. Les moments de lucidité sont de plus en plus rares. Hallucinations qui semblent dégénérer en manie. Urines peu abondantes. Le sang a disparu. Je recherche l'albumine. Précipité en masse. La vue paraît un peu améliorée. Aucun signe de travail.

Que faire? Le provoquer, c'est exposer Mme J... à l'attaque. « Évitez même de toucher une femme éclamptique ; repos absolu; silence autour d'elle », disent les auteurs. S'il était démontré que la mort de l'enfant supprime en quelques heures tout danger pour la mère, je tuerais sans hésiter le fœtus par un procédé quelconque ne provoquant pas le travail ; mais le pronostic serait-il moins grave pour la mère, en apparence bien compromise ? Et alors, ne sauver ni mère ni enfant ! J'appelle à la rescousse N... pour la décision à prendre... Le pavillon de N... couvrira simplement notre marchandise médicale. Triste marchandise. N..., très pessimiste, condamne presque sans retour la mère, et conseille de provoquer l'accouchement sans retard. Il ne pense qu'à l'enfant très vivant, très viable, et exposé, par l'albuminurie et l'éclampsie.

Ce n'était pas chose aisée que provoquer cet accouchement. La tête était engagée à fond. N... m'avait conseillé, pour aller vite, le petit ballon Champetier que je n'avais pas encore employé. Après examen, je le juge, lui et sa pince, trop gros pour péné-

trer sans effraction dans l'utérus. Restait l'excitateur Tarnier et je n'arrive même pas à le placer au-dessus de l'orifice interne. Je le mets dans la cavité cervicale. Il éclate, après avoir fait œuvre dilatatrice du col et non de l'orifice interne toujours fermé. Tête fléchie non refoulable; application hermétique du segment inférieur. Après la chute du ballon Tarnier, je place dans la cavité cervicale dilatée le petit ballon Champetier, très vite expulsé mais après avoir augmenté la dilatation. Les deux introductions sont faites sans chloroforme, la malade étant assez tranquille; mais pour la troisième, qui exigeait de l'adresse et une parfaite liberté de mouvements, je donne du chloroforme, j'introduis la main, je dilate avec un doigt, puis avec deux, l'orifice interne dont j'accroche la lèvre, du bout de l'index, au *locus minoris resistentiæ* qui se trouve, dans ce cas, derrière l'éminence iléo-pectinée gauche. J'introduis sans difficulté, sur cet index qui ne lâche pas prise, guidant l'instrument, le gros ballon que la cavité utérine avale. Je le gonfle et à peine est-il au quart rempli, qu'un peu de sang et un petit flot d'eau s'écoule. Après cette rupture, arrêt complet des contractions que les deux premiers ballons avaient déterminées.

Alors faisant réflexion que le ballon placé sur les côtés de la tête ne pouvait agir comme dilatateur mais seulement comme excitateur, effet déjà suffisamment obtenu, et que probablement par son volume, il empêchait la tête d'appuyer sur l'orifice interne comme il aurait fallu pour en accélérer la dilatation, je laisse couler peu à peu l'eau contenue dans le ballon. Les contractions se réveillent, et un petit garçon vivant est expulsé spontanément. Au moment de la naissance la mère a une seconde de lucidité. Elle demande le sexe, félicite son mari, puis retombe dans le délire et l'agitation. Placenta complet et normal. Contraction très énergique de l'utérus. Pour cette raison, lavement de chloral immédiat ; ce qui est contraire à la règle. Camisole de force. Mort rapide. L'enfant difficilement élevé en couveuse a succombé plus tard.

OBSERVATION XCV

Stérilité. — Rétrodéviation utérine avec cellulite péri-oophoro-tubaire. — Premier traitement kinésique. — Évacuation de la trompe. — Trois grossesses. — Trois avortements. — Reprise du traitement. — Quatrième grossesse. — Traitement pendant la grossesse. — Accouchement à terme. — Cinquième grossesse. — Avortement. — Sixième grossesse. — Traitement pendant la grossesse. — Accouchement à terme.

1893-1894. — Mme L..., 29 ans, souffre depuis Janvier 1887; elle aurait expulsé à la fin de 1886 une môle hydatiforme.

L'utérus est rétrodévié, douloureux, immobile, en apparence adhérent (diagnostic posé par tous les médecins consultés). Il semble cimenté dans le petit bassin. Les culs-de-sac latéraux et postérieur sont encombrés par des masses dures, certainement point fécales. Le corps n'est pas délimitable. Le col est gros; le rectum atrocement douloureux, les tissus qui tapissent la face postérieure du pubis le sont également. Mictions fréquentes. Épreintes. Jamais de pertes blanches. Règles insuffisantes, parfois presque nulles et alors les douleurs de reins, du ventre, surtout à droite et les envies douloureuses d'uriner, s'exaspèrent. Poussées moliminaires de cellulite subaiguë. Traitements successivement proposés: amputation du col, curettage, opération d'Alexander, hystéropexie, ablation des annexes droites, hystérectomie, bref toute la gynécologie chirurgicale d'aventure.

Heureusement on s'est contenté du repos absolu (trois, quatre, six mois de lit) et des injections chaudes.

Le 29 Octobre 1893, Mme L... se confie à moi, quoique S... B... et P..., chirurgiens des hôpitaux, lui aient affirmé que je la tuerais en provoquant une péritonite. Mme L... leur députe C..., son médecin, pour des renseignements précis sur les dangers auxquels j'expose mes malades. Il sort de chez eux, con-

vaincu que P... se fonde sur un désastre problématiquement causé par une empirique masseuse à laquelle il confie ses clientes, et que S... et B... s'appuient sur des on-dit.

28 Novembre. — Le traitement est commencé depuis un mois. Mme L... n'éprouve pas encore après les séances le soulagement habituel. Cependant, je ne déploie pas trop de force ; ma main est légère, les séances courtes. Comme les résultats objectifs, en retard d'ordinaire sur les subjectifs, sont remarquables, je puis affirmer à la malade que ses sensations ne tarderont pas à être d'accord avec les miennes, gages du progrès. En effet l'utérus, bloc de bois il y a un mois, tremblote, se dégage.

La difficulté est de régler la gymnastique. Il faut décongestionner, pas trop cependant, de peur de réduire les règles à rien. J'ai adopté pour cette malade la gymnastique décongestionnante dans la première quinzaine ; mixte dans la seconde.

31 Novembre. — Hier la mobilité utérine était remarquable ; les culs-de-sac libres. Toute cette gangue de cellulite fond. Aujourd'hui, même constatation et les règles ont paru plus abondantes que de coutume, d'emblée. La malade se sent légère après les séances. La douleur rectale pendant l'effleurage des parois pelviennes est à peine marquée.

11 Décembre. — Depuis trois jours l'utérus est de nouveau immobilisé. L'œdème péri-oophoro-tubaire a reparu, et la douleur rectale, et les épreintes vésicales, et la sensation de poids. Si j'étais au début de mes recherches sur le massage, je désespérerais, mais je commence à connaître ces rechutes périodiques qui suivent la menstruation.

12 Décembre. — Hier soir, un peu après la séance, la malade a perdu brusquement une petite masse glaireuse de muco-pus. Ce n'était jamais arrivé encore. Soulagement immédiat (1).

14 Décembre. — A ma grande surprise, je réduis incomplète-

1. C'était une évacuation tubaire, si j'en juge par mon expérience d'aujourd'hui. La trompe retrouvait perméabilité et contractilité (1907).

ment l'utérus par la méthode du pouce et de l'index (recto-vaginale).

21 Décembre. — Utérus irréductible. Œdème reformé, mais à droite seulement, et moindre. De plus sa consistance est fort différente car à travers lui on perçoit la trompe. On dirait un gros macaroni.

31 Décembre. — Réduction spontanée de l'utérus. On sent : 1° la trompe droite, grosse et sensible. Le massage doux la diminue et l'anesthésie ; 2° l'ovaire correspondant tiré en arrière par une bride vers la S. S. I. D. Les règles sont en retard. Je cesse la gymnastique dérivative à laquelle je n'avais pas substitué ce mois-ci dans la seconde quinzaine, les mouvements qui facilitent la menstruation.

4 Janvier 1894. — Règles : XXXVe jour. Par conséquent retard de huit jours.

21 Janvier. — L'utérus encore en place le 9 Janvier, puis retombé, s'est de nouveau spontanément antéversé le 19, c'est-à-dire juste quinze jours après les règles.

22 Janvier. — Utérus *in situ*.

25 Janvier. — Utérus retombé.

La malade m'apprend qu'elle est obligée de quitter Paris. Malgré mes dénégations, elle se croit guérie, parce que depuis un mois elle a repris la vie mondaine, ne souffrant plus, « s'apercevant à peine qu'elle a un ventre », et une telle apparence de santé, que son entourage déclare la cure miraculeuse.

1896. — De 1894 à la fin de 1895, Mme L... devenue enceinte à trois reprises, avorte chaque fois, et se décide à revenir à Paris pour se confier de nouveau à la kinésithérapie. Je suis bien étonné de voir que malgré cette succession d'accidents l'amélioration obtenue est en grande partie conservée. L'utérus est gros, rétrodévié, mais réductible ; les annexes sont libres. Je la traite pendant six semaines. Elle devient enceinte pendant le

traitement. Je le continue durant cinq mois : massage et gymnastique. Mme L... accouche à terme d'un fœtus de 4.100.

1898. — En 1897, Mme L..., retournée à l'étranger et enceinte pour la cinquième fois, est menacée d'avortement. Son mari, se rappelant la puissance hémostatique de la gymnastique, s'avise de lui faire exécuter l'abduction fémorale. Elle échoue. Mme L... revient à Paris et sur mon conseil se soumet à une cure kinésique de quelques semaines. Sur mon conseil encore, les règles s'étant supprimées peu après, elle reste à Paris où je la traite jusqu'à ce que l'époque du précédent avortement soit passée. Elle accouche à l'étranger d'un fœtus de 4.550.

1907. — A cette femme traitée par la kinésithérapie, je dois les prémisses de mes observations en gynécologie, sur la statique utérine, l'éréthisme moliminaire ou réduction utérine spontanée de quinzaine en quinzaine, la notion de parésie ligamentaire, des œdèmes durs et mous péri-oophoro-tubaires, objet de diagnostics erronés, d'interventions inutiles ou dangereuses, les pseudo-fixations, etc. ; toutes choses que l'exploration quotidienne d'une même femme par le massage peut seule révéler (1).

Cette observation démontre en outre que la kinésithérapie est le seul moyen, dans certains cas, de conserver la grossesse et que cette méthode favorise la conception.

1. Voyez *Traité de kinésithérapie.* Paris, Maloine.

OBSERVATION XCVI

Une leçon de diagnostic et de traitement gynécologique. — Métro-salpingite. — Déviation utérine. — Hémorragies. — Kinésithérapie. — Grossesse et accouchement. — Rechute. — Hystéropexie. — Ses conséquences.

1896. — Aujourd'hui 12 Mars, j'ai reçu la visite de Mr N..., marié depuis six ans, et dont la femme souffre constamment depuis un accouchement, a subi quantité de traitements, y compris le massage, et est de plus en plus impotente.

« — Nous avons, me dit-il, consulté je ne sais combien de « médecins et suivi je ne sais combien de traitements. Il y a « trois mois on m'a déclaré qu'après ces échecs répétés, une « seule ressource restait : enlever par l'intérieur ou l'extérieur « les organes génitaux. Pour me décider, on m'a affirmé qu'o- « pérée ou non, ma femme ne pourrait plus avoir d'enfant et que « la chirurgie lui rendrait la santé. Mon refus l'exposerait soit à « mourir de péritonite, soit à mener une vie de douleurs et de « misères. Tout cela m'a été présenté comme aussi certain que « nous voilà tous deux en face l'un de l'autre. Je n'en dormais « plus. En dernier ressort, on m'a parlé du massage ; il n'a pu « être supporté; c'est désolant ! Tout échoue; mais les massages « diffèrent peut-être. Voulez-vous essayer ? Peu m'importe que « le traitement dure des années si vous rendez ma femme capa- « ble de devenir mère encore et de vivre d'une vie normale ou « à peu près. »

— Qui a conseillé le massage ? lui demandai-je.

— Le professeur Tarnier.

— Pratiqué par qui ?

— Par le professeur V... de la Faculté de T... Il venait tous les deux jours dans la petite ville où nous habitions.

— Quels en étaient les résultats immédiats ?

— Une extrême lassitude. Mme N... après dix ou quinze minutes de massage était brisée et restait au lit. De plus les hémorragies qui l'affaiblissent ont augmenté. Enfin, après trois semaines de traitement elle ne pouvait même plus marcher dans sa chambre.

— Cela ne ressemble guère à ma méthode, ni à ses résultats (1). Pratiquait-on la gymnastique ?

— Non, le massage seulement.

— C'était une grave erreur. Cependant, ne vous montez pas la tête sur ce que je dis. D'abord je n'ai encore ni vu, ni interrogé, ni examiné Mme N... Ensuite mon traitement n'est pas une panacée. Si remarquable qu'il soit, il lui arrive, comme à tous les traitements, d'échouer. Tout ce que je puis affirmer, c'est que même s'il échoue, il n'aggrave rien. La thérapeutique radicale et chirurgicale dont on vous a affirmé l'efficacité ne peut pas garantir l'avenir de cette façon. La santé est souvent et définitivement compromise. Est-ce que Mme N... est une grande nerveuse? Ce serait pour ma propre méthode au moins une difficulté.

— Nerveuse ? Oui, et à tel point qu'un des médecins consultés a déclaré que c'était sa seule maladie. Il m'a ordonné de lui secouer le ventre et le moral.

— Et vous avez suivi ce conseil... ?

— Mais oui, j'étais convaincu que ma femme s'écoutait.

— Et comment avez-vous secoué le ventre ?

— Sur le conseil de ce médecin nous avons commandé une petite voiture à deux roues, sans ressorts, et nous avons fait une première sortie, sur le pavé inégal et pointu de notre petite ville.

— Je suppose qu'il n'y a pas eu de seconde promenade.

— Non, la voiture n'a plus servi. Ma femme a déclaré que

1. Massages de deux ou trois minutes, quotidiens sauf exception rare. Si la malade impotente ne peut aller chez le médecin, le traitement doit la rendre très vite capable de marcher. De plus, il y a d'ordinaire, de suite, ou après quelques séances, et à leur issue, sensation de bien-être, relatif ou absolu. Enfin, vite ou lentement, on arrête la plupart des hémorragies. En tous cas on ne les augmente pas.

c'était une torture, et en rentrant s'est mise au lit pour trois semaines, à cause d'une perte qui ne finissait pas.

— Alors vous avez été convaincu qu'elle n'était pas seulement neurasthénique, malade imaginaire ?

— Pas tout à fait convaincu, car vraiment cette maladie est des plus bizarres. Elle laisse à Mme N... la liberté d'aller et venir pendant quelques jours, et puis brusquement elle la couche sur une chaise longue ou même au lit.

— Cela dépend de l'époque du mois. Mme N... doit avoir à peu près huit jours bons sur vingt-huit, en deux fois. Le reste, plus ou moins mauvais. La semaine qui suit les règles est ordinairement la pire au point de vue des douleurs.

— Je n'ai pas remarqué cela. Au contraire elle se plaint moins de son ventre.

— Alors les règles doivent se prolonger. Une femme qui perd abondamment souffre peu.

— C'est en effet au moment des règles que se produisent les hémorragies, et elle ne se plaint que d'avoir les jambes sans force et la tête vide.

— Les hémorragies l'affaiblissent et la rendent plus nerveuse. Est-ce que la nervosité s'est manifestée dès la première enfance, ou au moment de la formation, ou seulement depuis la maladie du bas-ventre?

— On m'a dit qu'il y avait eu jadis du somnambulisme. Je n'en ai jamais constaté. C'est à partir de la puberté que les malaises se sont manifestés. Le sang ne venait jamais à époque fixe.

— Et depuis le mariage ?

— Même chose. Toujours des retards de huit ou dix jours et le sang vient à flots.

— Chaque mois ou tous les deux mois?

— En général, il y a une époque moins forte que l'autre; et ce mois-là est meilleur.

— Pas d'attaques de nerfs ?

— Non, des vertiges, des troubles de la vue ; aucune résis-

tance à la fatigue. Je n'ai vu qu'une fois ma femme bien portante.

— Pendant la grossesse ?

— Précisément, de 1894 à 1895. Depuis, tous les malaises ont recommencé. Cela date du retour de couches au mois de juin dernier. Quinze jours d'hémorragie contre laquelle les bains à 40° et les injections à 45° et même 50° sont restés sans effet. On nous a conseillé de partir pour la Suisse. Résultat médiocre. Toujours des alternatives de pertes et de souffrances. Les médecins consultés n'étaient jamais d'accord entre eux.

— Ils n'étaient peut-être pas d'accord avec eux-mêmes.

— En effet, je me rappelle que C... a constaté, au moment d'une crise de douleurs, un abcès en formation, et quelques jours plus tard le même professeur, examinant de nouveau, a paru très étonné et a déclaré qu'il ne sentait plus rien.

— Ces erreurs sont très explicables et malheureusement courantes. C'est la conséquence des examens uniques, et même répétés s'ils ne sont pas faits à certaines dates variées et précises (1). Quoique votre récit soit des plus instructifs pour moi, je voudrais savoir ce que Tarnier et d'autres compétences ont pensé de Mme N... Qui est-ce qui a formulé un diagnostic et quels traitements ont été conseillés en dehors de celui du confrère à la petite charrette ?

— Eh bien, d'abord le professeur C... de la Faculté de N...

— Celui qui a constaté un abcès qui n'existait pas ?

— Parfaitement. Quand il s'en est aperçu, il a parlé de métrite hémorragique et de curettage ; mais, comme le sang coulait, on a commencé par donner du seigle, d'après une méthode personnelle à C... Le résultat a été merveilleux. C'est le seul remède qui ait eu du succès. Le sang s'est arrêté net à la troisième dose.

1. Du XVIIIe au XXIIe jour, et surtout du Xe au XIIe (premier molimen), les malaises généraux et locaux augmentent et les lésions sont plus manifestes. Voyez mes travaux gynécologiques.

— Sans retour des douleurs ?

— Avec retour de douleurs, très vives même, car Mme N... a été piquée à la morphine et on n'a pu interrompre les piqûres qu'au moment des règles suivantes. Le sang ayant reparu, les douleurs ont été supportables.

— Alors le succès n'a pas été si merveilleux ! Il ressemble aux succès opératoires, dont les gens de bon sens se moquent. L'opération a pleinement réussi ; par malheur la malade est morte un jour après.

— Cependant le sang n'a plus coulé, et pendant trois semaines.

— Oui ; mais par un procédé dangereux. On détermine ainsi des répercussions sur les trompes, graves parfois. Le professeur C... n'a pas réexaminé alors ? Il n'a rien dit ?

— Pardon, il a dit : C'est curieux, on dirait que la salpingite recommence.

— Ma critique est donc juste... Voyons, nous avons actuellement trois diagnostics : nervosité, métrite hémorragique, salpingite. Et après ? qu'a dit le professeur Tarnier ?

— Pas encore. Il vient en dernier. Nous nous sommes adressés à d'autres avant lui ; d'abord à E....E. qui a cru à une grossesse parce que ma femme avait un retard. Cette idée m'a paru extraordinaire.

— C'était prudent cependant.

— Mais ma femme a des retards continuels.

— Ce n'est pas une raison. Vous vous trompez dans votre appréciation, comme vous vous êtes trompé en appelant merveilleux succès l'arrêt du sang par le seigle. Et quand les règles sont revenues, qu'a dit E... E. ?

— Après les règles il a diagnostiqué : endométrite avec périsalpingite et a pratiqué une opération, qu'il a inventée, la dilatation, et puis nous sommes allés chez lui chaque semaine, pour des nettoyages et des tampons.

— Quel a été le résultat de cette intervention ?

— La perte est devenue quotidienne si bien que lassés nous

avons consulté un petit médecin de Neuilly. Il a arrêté momentanément la perte, au moyen du repos et des bains chauds, mais les douleurs sont revenues et très fortes parce que L... a mis un pessaire qui arrachait des cris à ma femme.

— Voilà un quatrième et même cinquième diagnostic : renversement ou descente de l'utérus ?

— Renversement. Nous avons ôté le pessaire et Mme N... a perdu pendant vingt jours. Un homéopathe a supprimé la perte avec de l'hamamelis, puis les douleurs ne disparaissant pas, au contraire, nous avons consulté Bouilly qui a été d'avis de retourner en province, de se mettre au lit et aux bains froids pendant deux mois, puis de revenir le voir. Il avait diagnostiqué : métro-salpingite. Nous sommes donc retournés chez nous et après trois mois de lit inutiles j'ai ramené Mme N... à Paris, mais ce n'est pas chez Bouilly que je l'ai conduite, c'est chez le chirurgien W... qui a dit tout de suite : on peut commencer par de petites opérations : le curettage, l'amputation du col, — il voulait aussi rattacher la matrice — et puis après réflexion il a ajouté : « Je vous avoue que je serai peut-être obligé de tout enlever. D'ailleurs cela n'a pas d'importance. Madame n'aura jamais d'enfants, souffrira, sera menacée de péritonite.... » Là-dessus j'ai mené ma femme chez Tarnier qui nous a dit : « Pas d'opérations. Vous en avez pour trois ans. Allez d'abord à Luxeuil. Je vous ferai masser après. » Vous savez le reste, Luxeuil a été anodin et le massage du professeur V... mal supporté.

— Eh bien, sur tout ce que vous venez de me dire, qui est déjà très instructif, je puis au moins vous encourager à m'amener Mme N... Après peu de séances on saura si le massage est applicable ou non. Là est l'important. Cela étant, vous me laisserez étudier le bassin et la santé générale. Tout en étudiant, je traite ; il n'y a donc pas de temps perdu. A mon tour, je ferai un diagnostic ; mais, à ma façon, lentement, au jour le jour, en dissociant les organes sans doute agglutinés ensemble par les inflammations successives et par l'infiltration du tissu ambiant. Je ver-

rai jusqu'à quel point l'appareil génital peut recouvrer sa liberté, sa place, ses fonctions. Si l'une des trompes contient du pus en petite quantité il s'évacuera par les voies naturelles ou se résorbera. Tout cela, sans violence, doucement, par le retour graduel à la vitalité, que rend puis entretient une circulation régulière. Je dois aussi et sans autre traitement relever l'état général. La promptitude de ce relèvement donne la mesure de la puissance locale de la méthode. Il y a des maladies chroniques et localisées qui ne guérissent que par le retour et l'excitation des fonctions de l'organisme. Ma méthode possède, en ce genre, une puissance qu'on aurait qualifiée jadis de mystérieuse, mais qui est explicable ou du moins que j'ai tenté d'expliquer. Ce choc en retour, ce phénomène réflexe est plus ou moins marqué. Par exception il fait défaut. Je souhaite qu'il ne manque pas à Mme N... Amenez-la moi. Un mot encore cependant: Soyez persuadé que personnellement vous pouvez activer la cure, de deux façons. D'abord en vous abstenant avec rigueur des rapports conjugaux. Mme N... étant évidemment une congestive, et, mieux que cela, une grande hémorragique, les rapprochements entretiendraient ce que je dois, avant tout, arrêter, la perte du sang; mais par degrés, pas brusquement. Vous faciliterez encore le traitement en créant autour de votre femme une atmosphère morale qui me semble manquer : le calme, la détente, les diversions dont les nerveuses ont besoin. Affaire d'hygiène subordonnée au bon sens et à l'intelligence. J'ajoute que si la neurasthénie n'est pas seulement acquise, mais héréditaire, ce n'est pas moi qui serai, en ce sens, son meilleur médecin. Ce sera vous et de la façon que je viens d'indiquer. N'ayez pas avec votre femme de longs et continuels entretiens sur ses maux ; mais ne les considérez pas comme imaginaires. Ils sont réels.

16 Mars 1896. — Examen et premier traitement. L'utérus doit être rétrofléchi, à en juger par la direction et l'emplacement du col qui occupe la moitié antérieure de l'anneau pelvien. L'orifice regarde en bas et en avant. La moitié postérieure est occupée par

des organes œdématiés, indistincts. Je m'abstiens avec soin de les pousser, de les remuer, de les tâter par le palper combiné au toucher. Ou je les congestionnerais, ou je ferais couler le sang et en tous cas je provoquerais malaises et douleurs. Si le massage est supporté, de cette masse cellulitique se dégageront tôt ou tard ovaires et trompes et sans doute le fond utérin. Donc, le doigt qui touche, effleure, se déplace peu, n'appuie pas, se retire légèrement dès que la sensibilité s'accuse. La main qui palpe déprime à peine la peau. L'index, le médius et l'annulaire tournent en cercle deux ou trois fois, et toujours se déplaçant, toujours tournant, exécutent une petite promenade de la fosse iliaque droite à la fosse iliaque gauche en passant par la région sus-ombilicale. Ils se tiennent donc en dehors des viscères engorgés. Puis la paume de la main exécute sur les mêmes régions des vibrations douces. J'ai soin de ne pas enlever brusquement cette main, car l'ébranlement viscéral ainsi produit est douloureux. Je la soulève peu à peu, de façon que les tissus déprimés reprennent graduellement leur place. Je fais précéder le massage de trois mouvements de flexion des avants bras et des bras avec faible résistance. L'abduction fémorale suit le massage. Deux respirations, pas profondes, car il y a tendance à la syncope, terminent la séance, dont la durée totale n'a pas atteint cinq minutes. Si je réussis, ce sera de cette façon (1).

17 Mars. — La réaction de la première séance a été presque nulle. Quelques malaises généraux, passagers, deux ou trois heures après. Chose normale et encourageante.

20 Mars. — Règles, quelques gouttes seulement. Je supprime la gymnastique.

21 et 22 Mars. — Beaucoup de sang aqueux. Je reprends la gymnastique; mais mal exécutée encore, elle aura peu d'action.

1. Voyez pour la technique approfondie mon *Traité de kinésithérapie* (Paris, Maloine). Les premières séances doivent être ultra-brèves. L'éducation gymnastique d'une malade débile ou nerveuse exige le même doigté que l'enseignement de la lecture aux petits enfants. Ne pas fatiguer l'attention.

De plus la malade se fatigue dès le second mouvement. Je me contente donc d'un seul.

29 Mars. — Le sang est arrêté. Très abondant encore le 23, il s'est prolongé en suintement jusqu'au 28. Vertiges.

4 Avril. — Les exercices respiratoires sont amples et profonds, sans tendance à la syncope. Le visage est meilleur. Pas de modifications locales perceptibles au toucher. Bonne exécution de la gymnastique. Nous tenons le succès. Complet? Incomplet? L'avenir le dira.

20 Avril. — Règles: XXXe jour. Par conséquent quarante-huit heures de retard. Meilleur début, très franc,coloration vermeille, augmentation des globules rouges. Les 17, 18, et 19, indiscutable modification locale. Le paquet cellulitique se sépare en trois masses : deux latérales englobant les annexes indistinctes, une médiane ; c'est le fond utérin qui tremblote après massage. Celui-ci n'a pas encore varié depuis le début. J'annonce l'heureuse nouvelle à mes clients. Tout le monde juge d'ailleurs les progrès, à l'allure, à la façon d'être, au *facies* de Mme N...

23 Avril. — Pas de traitement hier ni avant-hier. Le mari trouvant sa femme prospère, l'a emmenée en chemin de fer. Déraison désolante. Ce mari entravera la guérison. La trépidation et l'arrêt d'une cure que rien ne doit interrompre au début, ont provoqué une petite hémorragie. Mme N... me revient blafarde. Abduction fémorale matin et soir. Il faut tâcher de couper court à cette rechute.

26 Avril. — Arrêt du sang. L'utérus est tout à fait libre.

4 Mai. — L'utérus est de nouveau immobile et les paquets annexiels volumineux ; mais nous sommes en plein molimen. C'est la loi. Je continue la répétition de l'abduction fémorale, le soir.

8 Mai. — Sans effort, mais mécaniquement et non par la simple vibration sur les parois, je place l'utérus verticalement par le toucher recto-vaginal (index et pouce). Or, nous sommes au XVe jour, date de l'issue du premier molimen. Encore une loi bien constante. J'ai décidé de continuer l'exécution de

l'abduction fémorale matin et soir jusqu'aux prochaines règles.

22 Mai. — XXIXe jour. Je cesse la gymnastique dérivative, puisqu'un retard s'annonce. Utérus très mobile. Trompe droite délimitable.

31 Mai. — Règles. Dix jours de retard. Douloureuses comme toute menstruation retardée et dont le début n'est pas franc. Écoulement vermeil et normal après quarante-huit heures. Durée totale : cinq jours ; mais le troisième j'ai fait le soir une séance d'abduction fémorale, jusqu'à l'arrêt du sang.

30 Juin. — Règles. Trois jours de retard. Au cours du mois on n'a pas redoublé la gymnastique d'abduction.

9 Juillet. — Premier molimen : utérus irréductible. Infiltration unissant son fond aux annexes. Trompe droite indistincte.

26 Juillet. — La trompe droite grosse comme le petit doigt se contracte pendant le massage. L'utérus est libre mais trop volumineux. Les annexes gauches collées à la corne correspondante sont grosses comme une petite mandarine, cellulite comprise, car ovaire et trompe sont indélimitables. Suspension du traitement. Je déconseille toute grossesse pour le moment. Mme N... reviendra dans un an, sauf nécessité. Elle ne laissera pas les règles se prolonger. Abduction fémorale les Ve, VIe, VIIe, VIIIe et IXe jours.

1897. — 10 Octobre. — Je retrouve la malade dans l'état où je l'ai laissée, avec cette différence que depuis cet été les règles deviennent insuffisantes, et qu'elle est reprise de malaises nerveux analogues à ceux qui l'éprouvaient au temps des règles profuses ou subintrantes : vertiges, céphalalgie, incapacité de fixer son attention, d'écrire, de lire. L'utérus est très gros, à moitié réductible. Son fond reste recourbé. La trompe droite semblable à un macaroni repose sur le fond du bassin. Les annexes gauches diminuées, du volume d'une grosse noix, ne présentent pas de contours distincts. A cause de l'insuffisance des règles je renonce

à la gymnastique décongestionnante dans la seconde quinzaine sans avoir recours cependant à la congestionnante dont je me défie (1).

19 Novembre. — Grands progrès. Ma main descend derrière l'utérus jusqu'au sacrum ; mais les annexes gauches ne se décollent pas de la corne. Nous sommes à la veille des règles.

2 Décembre. — Les règles ont été suffisantes. Par malheur, le mari oblige sa femme à quitter le traitement. Elle reviendra l'an prochain pour achever sa cure. Un mois encore serait bien nécessaire ; et elle me quitte en plein molimen. L'utérus quotidiennement et complètement réductible les VIIe et VIIIe jours qui ont suivi la menstruation, est retenu en arrière, aujourd'hui XIe.

1898. — 15 Mars. — Très améliorée de toutes façons, ayant repris une existence à peu près normale, la malade revient à la cure le premier jour des règles.

25 Mars. — L'utérus que j'ai redressé hier et avant-hier par la voie recto-vagino-abdominale, est trouvé pour la première fois, avant massage, en position verticale spontanée. Cette érection s'accompagne d'une turgidité considérable de la trompe droite. Il s'agit sans doute d'un des phénomènes obscurs qui accompagnent soit la ponte, soit l'évolution du corps jaune, car cette grosse trompe n'est pas malade (2).

1. A cette époque je n'avais pas encore étudié, comme je l'ai fait depuis, la circumduction de cuisse employée isolément et dosée comme un médicament, de deux en deux jours.

2. J'ai constaté en quelques occasions, depuis cette époque, le même phénomène, une fois avec une telle intensité congestive, que l'utérus avait triplé de volume. Quant à la trompe, son calibre égalait un pouce d'homme. On aurait dit une poussée aiguë de métro-salpingite. Un ou deux jours plus tard, utérus et trompe avaient repris leurs dimensions normales et les régles paraissaient. Le mois suivant, une grossesse les supprimait. De tels

15 Avril. — Les règles vont paraître. L'utérus très diminué, plus petit qu'il n'a jamais été et de consistance normale, s'antéverse. L'ovaire gauche gros se laisse délimiter. Je ne forme plus avec la trompe un agglomérat. Mme N... part. Je lui dis que la grossesse pourrait perfectionner une cure que je crois terminée, cure belle en tous cas, même si une gestation ne la couronnait. pas.

1900. — Mme N..., enceinte depuis 1899, accouche le 4 Juillet, à terme, sans que la grossesse ait été menacée un instant

1901. — Mme N... me revient avec des hémorragies, un gros utérus, une impotence presque absolue, une face plombée. Quelles sottises ont été commises? Je ne sais. Le mari pousse à l'opération qui, jadis, lui répugnait. La famille de Mme N..., convaincue que le traitement qui a déjà fait ses preuves lui rendra la santé, me la confie. Je la soigne quatre mois, et lui rends la marche, les forces, et des organes génitaux mobiles, peu infiltrés, mais l'utérus ne s'antéverse pas spontanément. Je demande avec instance que tout accouchement et suites de couches à venir se passent à Paris entre mes mains ou entre celles d'un spécialiste désigné par moi.

1902. — Je reçois la lettre suivante : « Monsieur le docteur,

phénomènes sont périodiques, les molimens l'attestent ; mais ils ne présentent pas d'ordinaire cette intensité, car, je le répète, je ne l'ai vue qu'en de rares occasions et toutes mes malades sont suivies au jour le jour.

A noter, pour des observations ultérieures de mes imitateurs ou de moi-même, que chez Mme N... l'érection utérine s'est produite contrairement à la règle au Xe jour. C'est le XVe et le XXVIIIe qu'on l'observe d'habitude, mais en plein cours de traitement, qui, dans le cas de Mme N..., venait d'être repris (1907).

« Je suis heureux de vous faire savoir que Mme N... s'est assez « bien portée depuis sa dernière cure. Cependant, comme elle « éprouvait périodiquement les malaises, — que vous aviez prédits, « d'ailleurs, — nous avons consulté divers médecins. L'un d'eux, « le Dr X..., de Z..., en Suisse, où nous sommes, qui avait vu « Mme N..., jadis, l'a examinée et nous a dit qu'on pouvait par « une opération nouvelle, de son invention, consistant à fixer « l'utérus en avant, perfectionner votre cure qu'il a d'ailleurs « beaucoup admirée. Mme N... a donc été opérée et se lèvera « prochainement. Je tiens beaucoup à vous en informer et serai « heureux si vous voulez me donner votre avis sur cette interven- « tion qui me semble à moi très logique. »

Réponse :

« Monsieur, mon avis eût été plus utile avant qu'après cette « opération qui n'est pas très nouvelle. C'est l'hystéropexie. Vous « raisonnez sur elle comme vous raisonniez jadis sur le seigle « ergoté et sur la prudence de E... E. qui se défiait d'une gros- « sesse à propos d'un retard de règles. Vous vous dites — comme « beaucoup de médecins d'ailleurs, comme le professeur X... qui « a opéré : — « Si Mme N... souffre c'est parce que l'utérus est « déplacé. Remettons-le en place, elle ne souffrira plus. » — Erreur. « Quantité de femmes ont l'utérus renversé et ne s'en aperçoi- « vent ni par la douleur, ni par les fonctions menstruelles, ni « par l'impossibilité de concevoir et de mener à bien une gros- « sesse ; mais à une condition c'est que l'organe, créé libre et « mobile par la nature, reste libre et mobile. La fixation entraîne « le trouble ou la perte des fonctions. C'est après libération de « l'utérus que Mme N... est devenue enceinte. Plus de trente « enfants dans ma clientèle ont été conçus dans des utérus ren- « versés ; mais ces utérus étaient mobiles.

« Or, réfléchissez bien à ceci : l'hystéropexie fixe l'utérus. Je « crains donc que Mme N... n'ait à l'avenir, autant sinon plus de

« misères congestives, sans retomber cependant dans l'état d'où « je l'ai tirée jadis.

« Je souhaite que mes appréhensions fondées sur la physiolo- « gie et sur un petit nombre d'hystéropexies, ne soient pas jus- « tifiées par Mme N... A tout il y a des exceptions; mais rappe- « lez-vous qu'elle ne doit jamais redevenir enceinte. Ce serait « un gros danger. Enfin ne cédez plus aux sollicitations chirur- « gicales. Surtout n'allez pas croire qu'une opération radicale « entraînerait — logiquement — la guérison absolue. — Prati- « quement — ce serait un désastre. »

1906. — Mme N... a eu recours à mes soins trois ou quatre fois par an pendant cinq à six jours en 1903 et 1905. Elle est sujette aux congestions frustes. L'utérus solidement attaché conserve, depuis l'opération, un volume anormal, même à l'issue des molimens, même après massage. L'ovaire droit trop gros est tiraillé par une bride postérieure. Quelques séances de traitement mobilisent un peu les organes. La neurasthénie persiste sans s'aggraver.

1907. — La malade est revenue au traitement une seule fois pour dix jours. *Statu quo.* Certes cette cure n'est pas une de mes plus belles, mais ce n'est pas la faute de la méthode.

OBSERVATION XCVII

Eczéma du premier âge. — Métastases viscérales. — Justesse de l'opinion populaire sur le danger des « gourmes rentrées ». — Influence réflexe, prépondérante, de l'évolution des germes dentaires sur les accidents. — Influence de l'alimentation. — Ses difficultés. — Inutilité ou inconvénients des drogues. — Cure hydrique. — Émonctoires. — Air marin.

Voici un remarquable exemple de métastase viscérale grave, consécutive à la suppression de l'eczéma impétigineux ou à l'insuffisance de ses manifestations cutanées ; une démonstration de la sagesse populaire, qui conseille de ne pas faire disparaître les « croûtes de lait », de laisser les enfants « jeter leur gourme », et de la prudence des médecins, qui, loin de railler ces adages, les ont respectés.

Cette observation fournit en outre la preuve de l'influence des réflexes dentaires sur l'évolution de l'eczéma impétigineux. Elle montre enfin l'inanité de la drogue proprement dite, la supériorité de l'hygiène et des agents physiologiques, l'utilité des émonctoires dans certains cas, les difficultés de l'alimentation, et donne la description d'accidents spéciaux dus au desséchement des tissus, contre lesquels a prévalu la cure hydrique, — bains exceptés. On y verra enfin combien importerait la découverte d'une méthode capable de guérir sans exposer aux terribles accidents de la suppression brusque.

1903. — R... L... naît le 1er Juin 1902 de parents sains et vigoureux. Il pèse 3.900 grammes à sa naissance et 3.555 le Ve jour.

Le IXe il retrouve son poids initial à 60 grammes près. Dans

cette seconde semaine, la moyenne d'augmentation est de 32 grammes par jour, de 17 dans la troisième, de 25 dans la quatrième, de 31 dans la cinquième et la sixième.

A cette époque, qui est celle où nombre de nourrissons présentent de légères efflorescences acuminées de la peau, sans caractère défini, R. L... ne fait pas exception à cette règle. L'éruption est même confluente à la face. Elle disparaît, et alors, le menton se couvre de petites vésicules entourées de rougeur. Les unes se dessèchent vite, les autres s'excorient pour donner issue à du séro-pus ou à du pus jaune ou verdâtre et se recouvrent de squames épidermiques. C'est de l'eczéma sans nul doute.

La moyenne ne faiblit pas, elle est de 30 grammes dans la VIIe semaine. Les couches ne laissent rien à désirer. R. L... est alimenté exclusivement, par sa mère. La prospérité de son enfant prouve ses qualités de nourrice.

Dans la VIIIe semaine deux tournioles, accident encore fréquent à cet âge, paraissent et disparaissent. La moyenne du gain est de 18 grammes. Elle varie de 18 à 23 pendant les IXe, X^e^, XIe, XIIIe.

A cette époque (3 mois) qui est celle de l'éveil des réflexes dentaires tels que salivation, couches acides, diminution relative du gain, etc., etc., l'eczéma qui avait gagné les joues se supprime pendant quinze à vingt jours et les selles, parfaites jusqu'alors, deviennent glaireuses. En même temps le malade pâlit et a les yeux battus. Il lui arrive, comme à beaucoup d'enfants de son âge, de dormir les paupières demi closes, mais le globe oculaire n'est pas immobile et roule dans l'orbite. Surviennent, à deux ou trois reprises des coliques très douloureuses accompagnées de cris perçants. L'eau pure donnée à la cuiller les apaise.

Le gain oscille entre 25 et 30 grammes dans les XIIIe, XIVe et XVe semaines; l'eczéma reparaît, et dans la XVIe s'accompagne de constipation, qui ne peut être attribuée à l'insuffisance de nourriture car R. L... progresse quotidiennement de 30 grammes.

Nous sommes à la fin du quatrième mois. La courbe des pesées a suivi jusqu'ici une progression régulière, physiologique; mais nous touchons au terme de la montée. R. L... pèse 6.765.

Plateau pendant le cinquième mois. Voici ce qui se passe:

Au XVIIe septénaire on tente de supprimer l'eczéma non par des topiques — ce qui est unanimement déconseillé — mais en attaquant son principe hypothétique, le lait. On met donc la nourrice à un régime alimentaire qualitatif et quantitatif. Il en résulte qu'elle ne mange pas à sa faim. C'est l'analyse chimique du lait maternel, riche en graisse, qui est cause de cette décision : mais quelle valeur a l'analyse chimique? Nulle. De plus on diminue le nombre et la durée des tétées. Est conseillée enfin la suppression radicale de toute nourriture pour l'enfant pendant vingt-quatre heures, avec absorption d'eau d'Evian à la dose de 400 à 500 grammes durant ce jeûne. Excellente méthode curative quand le tube digestif ne supporte aucun aliment et quand une abondante soustraction de liquide dessèche l'organisme, mais que rien n'indique chez un enfant prospère. R. L... refuse d'ailleurs nettement de se prêter à une substitution dont il n'a pas envie, n'en ayant pas besoin. S'il était assoiffé, il tendrait avidement ses lèvres à la cuiller d'eau. Il se contente de la cure de famine relative, car son poids se maintient entre 6.750 et 6.850. L'eczéma s'est de nouveau desséché, et les selles sont redevenues glaireuses. Parvenu à la XXIIe semaine, R. L... pèse 6.875. C'est l'extrémité du plateau. La descente commence. On entre dans le XXIIIe septénaire avec une perte de 10 grammes. C'est la première fois et une incisive médiane inférieure sort. Le plateau interrompant l'ascension pendant tout le cinquième mois, le desséchement de l'eczéma, l'entérite, correspondent par conséquent à l'évolution du germe. On peut espérer que l'état, nullement alarmant, se maintiendra tel quel pendant l'évolution de la seconde incisive. Il n'en est rien. La descente de la courbe se change en chute. Au début de la XXVe semaine, le poids était de 6.655 et de 6.530 le lundi de la XXVIe. On avait empiriquement essayé l'eau

légèrement salée à la dose d'une cuiller à café avant les tétées.

L'ingestion, pendant deux jours, de pancréatine et de pepsine avait coïncidé avec l'augmentation des glaires. A ce moment (XXVe et XXVIe semaines), on m'amène l'enfant tous les jours, sur ma demande. Je suis alarmé par l'altération graduelle des traits du visage : yeux cernés, orbites creusées, oreilles de cire ; par l'aplatissement du ventre, par la sécheresse persistante de l'eczéma, visible cependant, très rouge au vertex.

Devant ces accidents inconnus de moi — troubles digestifs, dénutrition progressive, pseudo-athrepsie d'un enfant né de parents sans tare, élevé dès la première heure conformément à la meilleure hygiène, sans le moindre écart de régime — devant ces accidents, dis-je, je me sens désarmé. Dans le vague et irrationnel espoir d'une insuffisance alimentaire, je fais cesser tout régime à la mère et conseille d'essayer le lait de vache. Mes nourrissons en prennent avec avantage dès le début du sixième mois, que R. L... achève ; mais c'est un malade. Il est convenu qu'on en donnera 50 grammes, à l'essai.

Un lait plus substantiel ne modifie rien, car le poids fléchit à 6.470. Reste la question du changement de nourrice. J'hésite. L'idée que le lait de sa mère, auquel R. L... a dû jusqu'au cinquième mois une constante prospérité, est devenu poison pour cet enfant, me semble illogique. Est-ce donc le lait en général, humain ou animal, qui ne convient pas ? Fallait-il modifier le genre même d'alimentation, avoir recours aux farines, aux soupes, aux bouillons de légumes ? Autre idée qui me semble non moins illogique que la première et plus dangereuse, car quel aliment est mieux adapté et plus nécessaire à la première enfance que le lait ?

J'entre dans tous ces détails pour bien montrer ma perplexité et ma déroute. Les événements qui se précipitèrent vinrent m'éclairer et remettre la thérapeutique en droit chemin.

Le quatrième jour de la XXVIe semaine (dernière du 6e mois)

l'eczéma redevenu suintant, coule comme un bifteck cru. Le poids tombe à 6.470. Le cinquième jour à 6.410.

Dans la nuit du cinquième au sixième suppression radicale de l'eczéma. R. L... refuse le sein d'abord, puis, finissant par le prendre, vomit trois fois, et s'endort ou paraît dormir les yeux ouverts.

Le matin à 11 heures l'aspect de R. L... m'inspire une telle inquiétude que je ne dissimule pas aux parents l'imminence de la mort.

Voici la description du petit malade : pas trace d'eczéma, blancheur de cire, tempes verdâtres, nez effilé, narines pincées, orbites profondément excavées, globes oculaires flétris, cornées ternes. Ventre souple et creux, intestin réduit de volume au point qu'on touche la colonne vertébrale. La bouche, la langue, la gorge sont rôties. Les plis faits aux tissus cutanés ne s'effacent pas. Ils ont perdu toute élasticité. La température rectale s'élève à 38° et 38°7. La peau est froide comme marbre. Aux couches glaireuses a succédé une sorte de diarrhée cholériforme. Je suis frappé de l'analogie qui existe entre l'état de cet enfant et celui des batraciens crucifiés depuis vingt-quatre heures, dont l'appareil vasculaire ne contient qu'un sang privé de sérum (1). C'est bien la crucifixion, qui amène ce résultat, car les animaux ne perdent pas une goutte de sang par la fenêtre sternale ouverte pour l'observation du cœur. Ce cœur est en pleine constriction, même en rétraction, souvent privé de battements, mais le massage abdominal léger le ranime. Les liquides sont exsudés par la peau et tachent le liège autour du batracien crucifié. Chez le petit malade la déperdition d'eau s'était faite en

1. Lors de mes recherches physiologiques sur le réflexe dynamogène du massage abdominal et sur le mécanisme des syncopes que j'ai appelées syncopes avec cardio-constriction, j'ai observé le fait sur une centaine d'animaux crucifiés.

grande partie par l'intestin. Il avait eu deux syncopes, ce qui ajoute encore à l'analogie que je signale.

Une pareille déshydratation des tissus indiquait formellement, la diète hydrique momentanée. Ce n'était qu'un traitement symptomatique; mais urgent, car sans lui la mort surviendrait à brève échéance. Si le traitement par l'eau réussissait à abreuver circulation et tissus, on tenterait ensuite de rappeler l'eczéma dont la métastase était le principe du mal. C'était bien ce que le vulgaire nomme « gourme rentrée ». Le salut était dans son rappel cutané. Le diagnostic ne faisait aucun doute, mais il fallait commencer par la réhydratation.

Si l'importance des conseils et de la surveillance médicale est grande, les petits soins n'en ont pas moins; et, du dévouement, de l'intelligence, de la scrupuleuse attention des mères ou des gardes, dépend très souvent le salut des enfants. J'eus la bonne fortune de pouvoir associer à une œuvre qui devait être de résurrection, Mme B... ma plus ancienne élève sage-femme de la clinique, bonne observatrice, et la compétence dévouée de mon ami et collègue Z... Voici ce qui fut fait : suppression des bains qui favorisaient l'état syncopal. Diète hydrique pendant vingt-quatre heures. L'enfant prit avidement, à la cuiller et surtout en suçant un linge mouillé — procédé imaginé par la garde —, l'eau refusée jadis. Il s'en contenta, sauf une tétée dans la nuit. On ne le laissa pas dans son berceau et on continua à ne pas l'y laisser. L'immobilité prédisposait à la syncope comme les bains. R. L... faillit mourir dans l'un d'eux. Au berceau l'immobilisation était d'autant plus marquée qu'il fallait fixer les bras pour empêcher le malade de se blesser les yeux où il portait mains et ongles quand il éprouvait des démangeaisons. On le tint donc jour et nuit, dans les bras, jusqu'à issue de la crise, chaudement, mais en lui laissant liberté de mouvoir ses membres. Les narines, les yeux, la bouche, par le procédé indiqué, furent constamment humectés, et tant que dura la sécheresse des tissus, le système d'arrosage *intus et extra* fut continué.

Vingt-quatre heures après le début du traitement, R. L... eut encore deux syncopes. Témoin de l'une, j'essayai le massage de l'épigastre et j'eus la satisfaction de voir les paupières s'ouvrir et l'œil chaviré se redresser. Encore une analogie avec les batraciens crucifiés, Ce jour-là et le lendemain, on continua la diète hydrique (pas absolue, puisque dès la première nuit la sage-femme avait fait prendre une tétée), puis le régime hydrique (eau et lait de femme) lui fut substitué. De grands lavages intestinaux avec eau bouillie ajoutèrent leur influence hydrothérapique et antiseptique. Ce traitement symptomatique peut en telle occurrence être qualifié d'héroïque. Quarante-huit heures à peine après son institution, les cornées recouvraient la transparence et les globes oculaires leur volume.

Rapidement le ventre s'accrut, l'intestin se dilatant. La peau reprit l'élasticité. Tout le corps exhala une odeur acétique, et — fait capital — l'eczéma reparut. R. L... se retirait du tombeau. C'était le retour à la vie, et l'espoir qu'on serait un jour définitivement maître de la situation. Le poids avait cependant fléchi jusqu'à 6.196 : troisième jour de la XXVIIe semaine ; mais il faut tenir compte de la diète.

Ce même jour, la mère cessa de nourrir et eut une remplaçante. Les tâtonnements de l'alimentation allaient commencer, et d'abord il fallait s'assurer si un autre lait de femme ne favoriserait pas le rétablissement, par une plus grande digestibilité. A la suite de ce changement, les couches déjà moins glaireuses s'améliorent encore et le poids s'élève en trois jours de 6.196 à 6.320 et quarante-huit heures plus tard à 6.480. Cet énorme accroissement m'a paru suspect. Quoi qu'il en soit, il y a eu gain. C'est à ce moment que sort la deuxième incisive inférieure.

Si l'évolution des autres germes n'est pas commencée ou ne commence pas de suite, on peut espérer une accalmie et même la persistance des progrès. Or ils ne persistent pas. L'apparence générale devient moins favorable et le poids fléchit à 6.424 ; deux jours plus tard à 6.300 ; puis 6.200 ; et enfin 6.005. Il y

a quatorze jours nous avions 6.480. On a changé plusieurs fois de nourrice sans expédier les nourrissons en province pour ne pas leur nuire si elles ne convenaient pas. La dernière restera ; il est décidément inutile de multiplier ces changements. Nous essaierons encore d'autres modes d'alimentation combinés avec le lait de femme mais nous tenons à ce que celui-ci reste la base du nourrissage.

R. L... qui a de vives démangeaisons s'est excorié d'un coup d'ongle la périphérie de la cornée. On surveille cette excoriation, que la dénutrition transformerait sans peine en ulcère.

Le sixième jour de la XXIXe semaine nous appelons en consultation X..., médecin d'enfants des plus accrédités dans l'espoir qu'une expérience très supérieure à la nôtre nous procurera quelque assistance. Désappointement. Selon toute évidence X... n'a pas vu de cas semblable ! Consultation inutile, dangereuse même. X... déclare que l'incendie est probablement éteint, rassure les parents et donne même le fâcheux conseil d'arrêter le régime hydrique, de reprendre les bains, et d'administrer la potion à l'acide lactique qu'on a vantée pour jaunir les couches. Heureusement quelques cuillerées de cette potion et l'arrêt du régime hydrique suffisent pour que le feu qui couvait, fuse. Si nous avions essayé le bain dans lequel R. L... a déjà failli mourir de syncope, je me demande ce qui serait arrivé. L'eczéma se supprime radicalement dans la journée. Nous galopons vers une crise analogue à la première. Reprise immédiate de l'arrosage *intus et extra*. La crise est conjurée. Plus de peur que de mal, grâce à notre petite expérience qui se forme, et au bon sens.

J'écris à N..., de Lausanne, pour savoir comment il alimenterait notre petit malade. Sa réponse est : « Mon avis est de faire alterner le lait de femme et la farine lactée. » Il conseille de plus d'employer, pour les lavages, l'eau salée, formule des sérums. Nous procéderons ainsi, et dans l'espoir de prévenir de nouvelles métastases nous mettrons un exutoire au bras. Les vésicatoires

même continus n'ont, chez les enfants, aucun des inconvénients du sinapisme, et le retentissement sur la vessie n'est pas à craindre puisqu'on possède emplâtres et pommades épispatiques sans cantharides. Nous entretiendrons cet exutoire, fût-ce durant trente mois si l'eczéma persiste pendant toute l'évolution dentaire. Le début de cette évolution (éruption du groupe des incisives) marquait, nous l'espérions, l'instant du plus gros danger.

A partir du troisième jour de la XXXIe semaine (huitième mois, 30 Janvier 1902) la courbe des pesées reprend son ascension régulière, avec une petite moyenne de 14, 17, puis 7 grammes d'augmentation dans les trois premières semaines de ce huitième mois, puis de 27 gr. dans la suivante et les deux incisives médianes supérieures se dégagent dans la première et deuxième semaine du neuvième mois.

Dès lors on a eu des alertes ; mais plus d'accidents graves. Voici ce qui a été observé dans la suite :

Les lavages intestinaux, très fréquents au début (trois, quatre cinq et même six par 24 heures) ont été continués sans interruption, mais moins nombreux (un, deux par jour) jusqu'en Mai. Ils ont été rares en Juin, Juillet et Août. Le liquide évacué était très septique au début. Son contact a déterminé quelquefois des furoncles sur les mains ou les avant-bras mal protégés ou mal lavés.

L'eczéma, presque toujours cantonné à la tête et aux joues, est resté en état de propreté parfaite par des soins constamment renouvelés, consistant dans le nettoyage et l'humectation au moyen d'ouate hydrophile imprégnée d'eau bouillie, sans addition de substance médicamenteuse. On ne laissait pas les croûtes s'installer, ni le pus stagner. L'humidité faisait tomber plus ou moins vite les croûtes et le pus était de suite étanché.

L'exutoire destiné à suppléer l'eczéma était exactement entretenu.

La troisième dent — première incisive supérieure — est sortie dans la XXXVIe semaine (neuvième mois) et la quatrième —

deuxième incisive supérieure — dans la XXXVIIe. Dans la quinzaine qui a précédé, la tête du petit malade a été rouge et suintante. Démangeaisons très fortes. Subites pâleurs. Paupières entr'ouvertes pendant le sommeil.

La semaine suivante (XXXVIIIe) l'eczéma sèche. La température rectale s'élève à 39°. Pâleur extrême à certains moments, yeux révulsés. Dans le XLe septénaire, la tête coule avec abondance et la cinquième dent sort dans le XLIe; la sixième dans le XLIVe.

La courbe des pesées par une ascension non interrompue depuis le huitième mois atteint, à la fin du dixième, la ligne du poids moyen, la dépasse pour la rejoindre par une chute à la fin du onzième mois. A ce moment l'enfant a eu 39° et une laryngite qui a précédé l'éruption des deux dernières incisives inférieures.

De Janvier 1903 (huitième mois) à Mai (douzième mois) R. L... a pris par jour une quantité de nourriture graduellement élevée de 800 à 1.200 gr. avec les variations que l'appétit et le régime imposaient.

Dès la réapparition de l'eczéma à la suite de la réhydratation artificielle des tissus, R. L... avait retrouvé le sourire ; puis, peu à peu ce que les mamans appellent « causeries ». Au onzième mois on essaya une première sortie, mais comme il rentra pâle de cette promenade, on remit la sortie à plus tard.

Un mois après, elles avaient régulièrement lieu.

R. L... a passé l'été au bord de l'Océan en Bretagne, à Noirmoutiers, du côté où cette île, au climat doux, est abritée contre les vents, par ses pins et ses yeuses que baigne le flot. La plupart des enfants eczémateux, loin de souffrir du voisinage de la mer comme les adultes, s'en trouvent au contraire fort bien. Ce fut le cas pour notre petit malade. L'éruption des petites molaires commença vers cette époque qui est l'époque normale de son début (quatorze mois). L'eczéma diminua considérablement. Les réflexes de dentition se réduisirent à quelques mauvaises couches.

Remarque importante : toutes les dents de R. L... sont sorties à l'époque physiologique. L'eczéma et ses métastases viscérales, causés et entretenus par les réflexes dentaires, n'ont retardé l'éruption en aucune façon.

Les dernières poussées d'eczéma datent de la fin de 1903. Elles ont été toujours diminuant. En janvier 1904 (sauf erreur), le vésicatoire a été supprimé graduellement par simple diminution du diamètre de l'emplâtre épispatique. Depuis plusieurs semaines la peau de R. L... était indemne. Les réflexes des canines et des dernières molaires n'ont donc pas retenti sur elle ; mais pendant longtemps il a eu périodiquement un peu de fièvre, de la pâleur et de la constipation. Malheureusement on n'a pas noté la date d'éruption des dents qui succédèrent aux petites molaires.

R.L...passa l'été de 1904 en Bretagne au bord de la mer. C'est là que j'ai constaté les petits accidents fébriles. R. L... avait alors vingt-six mois. C'est la date d'évolution des dernières molaires.

Un an plus tard R. L..., après un séjour dans une localité peut-être infectée, est rentré à Paris avec le germe d'une typhoïde caractérisée, dont le cours n'a pas été compliqué, mais à la suite de laquelle il a conservé un gros ventre, et une fébricité temporaire analogue à celle de 1904. Que la fièvre typhoïde ait été facilitée ou non par les vestiges de l'entérite due à la métastase eczémateuse, il m'a semblé prudent de se défier pour l'avenir de troubles intestinaux fébriles, persistants chez un enfant dont le canal digestif avait mal fonctionné pendant trois ans. J'ai donc essayé sur lui, pendant un mois, les massages abdominaux, très courts, très légers et quotidiens. Les accidents fébriles ont radicalement disparu. R. L... achève sa cinquième année et se porte parfaitement.

1905. — Le frère de R. L... a été eczémateux comme lui et j'ai pu redouter une répétition des mêmes accidents métas-

tatiques. Mes craintes n'ont pas été justifiées. M. L..., qui pesait 4.250 grammes à la naissance, a retrouvé son poids initial le huitième jour, et a progressé de 32 grammes dans la IIe semaine, puis de 35 dans la IIIe, avec sa mère comme nourrice. La moyenne est tombée à 21 grammes dans le IVe septénaire, et une éruption promptement caractéristique a paru sur la figure. On a changé la nourrice au cours de la VIe semaine. La moyenne hebdomadaire du gain a été alors de 24, 14, 17, 10 grammes ; eczéma modéré, couches variables.

A la fin du troisième mois la courbe des pesées descendait au-dessous de la ligne de poids moyen des enfants qui progressent avec régularité, et, formant un plateau légèrement ascensionnel avec monts et vallées, ne devait regagner ladite ligne qu'au seizième mois. Trois nourrices successives, l'une pendant dix semaines, l'autre pendant quatorze, la troisième pendant vingt-deux, ont allaité M. L... avec un médiocre succès. L'alimentation mixte n'a pas donné de meilleurs résultats. Poussées eczémateuses variables, aux joues, sur le corps. A la poitrine, une plaque très tenace jusqu'à la XLIIIe semaine. On la respectait comme un émonctoire. Selles souvent normales.

La huitième incisive est sortie dans le quatorzième mois. Le dernier accès fébrile, avec eczéma, date du treizième mois. Depuis, les réflexes dentaires n'ont eu qu'un faible contre-coup.

Au début du treizième mois, M. L... a été sevré. Avec le sevrage, l'ascension graduelle de la courbe des pesées a commencé. Trois mois plus tard, cette courbe dépassait la ligne de poids moyen. L'alimentation qui a succédé à l'allaitement a été celle qu'on avait essayée vainement avant le sevrage dans l'espoir d'améliorer la situation : farine lactée et lait de vache. Ce n'est donc pas au sevrage qu'il faut attribuer l'élévation de la courbe ; mais à l'issue des incisives.

1907. — Le troisième enfant de Mme L... est né en 1906. Superbe

enfant à la naissance comme ses frères, mais très différent de type et de coloration ; brun, puis blond, tandis que ses aînés étaient et sont restés roux. E. L... a été alimenté dans le premier âge suivant les règles énumérées dans l'observation LXXVII. Sa mère l'a nourri. Il n'a pas eu d'eczéma. Il a poussé et pousse comme un jeune chêne. L'ossature est parfaite. Les frères — beaux enfants cependant — n'ont pas cette perfection du squelette. Même si les divers appareils de l'organisme restent indemnes, le système osseux se ressent, parfois pour la vie entière, des vices de nutrition du premier âge. Juste est l'expression dont les vétérinaires se servent pour définir les résultats d'une alimentation insuffisante, mal appropriée, ou mal assimilée. « Elle fait, disent-ils, tomber l'animal de condition. »

La sœur de Mme L... a eu deux enfants. Le premier a été atteint d'eczéma passager, localisé aux oreilles, tardif, à l'âge de quatre ans. J. L..., le second, actuellement âgé de 19 mois (fille), a été atteint d'eczéma grave, menaçant même au point de vue de la métastase intestinale, lors de la poussée du germe des septième et huitième incisives, très retardées. A cette exception près, l'affection n'a pas eu l'allure de celle du petit R. L... Elle a été éprouvante par le suintement cutané séreux, séro-purulent ou purulent (deux abcès). Née avec un bon poids (3.400), J. L... est devenue et reste chétive pendant l'évolution des incisives. La mère épuisée à la suite du régime inutile et dangereux auquel on soumet les femmes en pareil cas, étant devenue insuffisante, on a pris une remplaçante ce qui n'a point modifié la marche de l'eczéma. L'alimentation mixte (farine lactée, lait de vache) n'avait pas eu plus d'effet. L'éruption des incisives seule a relevé la courbe des pesées et rendu vigueur à ce petit corps épuisé. L'exutoire qui, chez le jeune R. L..., avait pour but de suppléer à l'insuffisance des manifestations cutanées, fut essayé chez sa cousine, dans le vague espoir d'en diminuer l'étendue et la violence. Il ne fit qu'ajouter sa sécrétion à celle de l'eczéma. On le supprima sans tarder.

La maladie a débuté dans la IVe semaine. La première dent est sortie à huit mois. Trois autres incisives le mois suivant. La cinquième et la sixième n'ont fait éruption qu'à un an. Les petites molaires ont percé dans les treizième et quatorzième mois, et c'est seulement au cours du quinzième et du seizième que les deux dernières incisives ont percé. Dans les semaines qui précédèrent cette éruption retardée, la métastase viscérale menaça comme je l'ai dit, l'eczéma tendant pour la première fois à se sécher.

L'essor de J. L... a daté du dix-septième mois. Partie pour Saint-Jean-de-Luz en bon état, elle en est revenue de même ; mais l'eczéma subsiste, atténué, avec poussées intermittentes. Les deux canines supérieures sont apparues en avril, les inférieures semblaient en évolution.

On remarquera que chez les trois enfants ce sont les réflexes dentaires du groupe des incisives qui ont amené les accidents ou menaces d'accidents (métastase, chute de la courbe des pesées, etc.) les plus sérieux, et que lesdits accidents ou leurs menaces ont duré pour le dernier jusqu'au quinzième et seizième mois, époque anormale de l'éruption des deux dernières incisives. Au vingtième mois, l'eczéma persistait; mais à la poitrine seulement. Il s'est maintenu jusqu'à la sortie de la vingtième dent. Dès lors disparition radicale.

La sœur de Mme L..., mère de la petite fille eczémateuse, a épousé le frère du mari de Mme L... La prédisposition héréditaire ne semble donc pas faire de doutes, mais d'après les renseignements recueillis, l'hérédité aurait sauté une génération.

L'ossature de la petite eczémateuse J. L... a été touchée comme celle de son cousin R. L...; mais plus gravement. Elle a marché tard et est actuellement bancale. Les membres inférieurs forment parenthèses (1).

1. 1908. — La parenthèse tend à disparaître depuis que J. L... est entrée dans la période de libre essor, de pleine santé, de réparation — quand les

Et maintenant posons-nous la question suivante : quelle est la cause de l'eczéma des nouveau-nés, si différent de celui des adultes ? Une intoxication ? Soit ; mais secondaire, c'est de l'auto-intoxication, puisque les enfants élevés au sein et dans la stricte observance de l'hygiène et de l'asepsie en sont atteints. Un trouble de la nutrition ? C'est évident ; mais le phénomène est encore secondaire. Où résident la cause, le principe de cette intoxication et de ce trouble de la nutrition ? Nous n'en savons rien. La seule chose que mes observations mettent hors de doute, c'est que les réflexes dentaires les aggravent.

Nombreux et variés, bénins et graves, sont les accidents réflexes de la dentition observés au cours de ma carrière. Chez aucun enfant je ne les ai vus manquer ; mais il en est un bien rare, je crois, que j'ai constaté une fois, et citerai ici. Il y est à sa place.

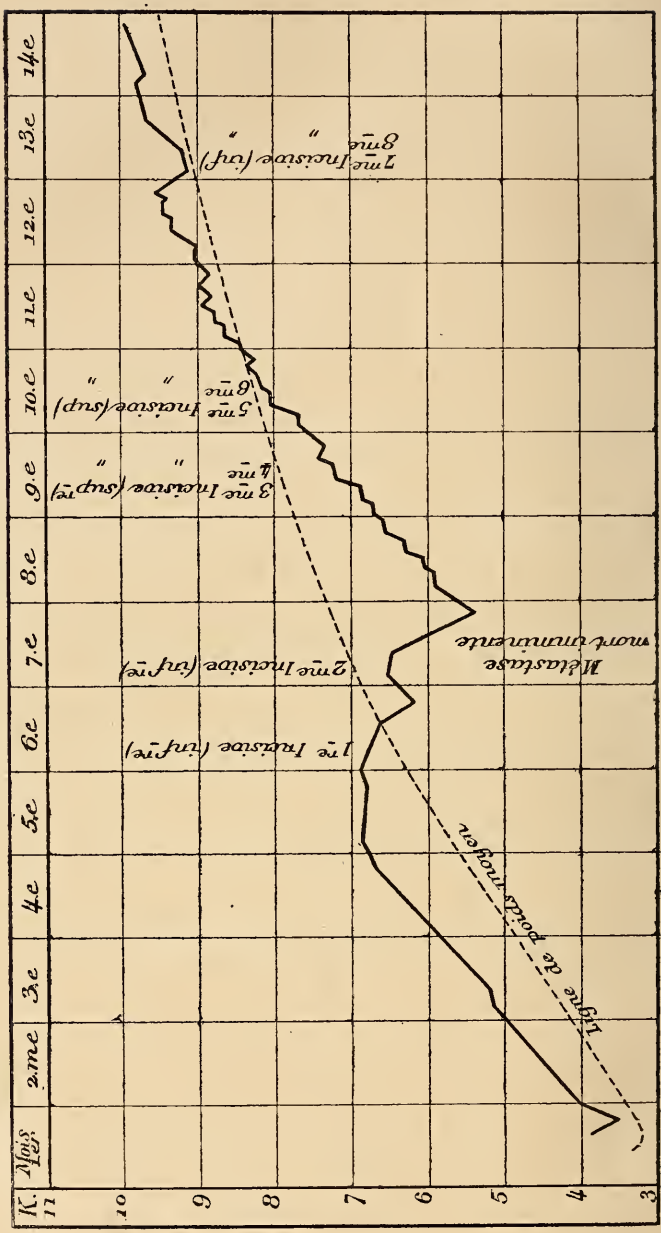
Ce fut une pelade survenue vers le seizième mois. Comme le fait s'est passé en 1891 on comprendra que cette affection, alors considérée comme éminemment parasitaire, ne fut pas prise par moi pour un réflexe dentaire. Je n'y songeai même pas. On soigna méticuleusement cette pelade par les parasiticides. Elle disparut. Or quelques années plus tard les spécialistes des maladies de peau nous apprenaient que la pelade des adultes coïncidait avec l'éruption des dents de sagesse.

Le même enfant avait eu une convulsion légère limitée à la face, vers le dixième mois et a été frappé d'accidents épileptiformes momentanés, lors de l'éruption d'un groupe de dents permanentes.

enfants ont été éprouvés par l'évolution dentaire. — Cette période commence avec l'éruption de la dernière dent de lait et se termine à l'involution de la première permanente. La peau de J. L... est restée rude au toucher dans la région du dos, et, les plis de locomotion, notamment ceux du jarret, présentent parfois, une éruption eczémateuse bénigne.

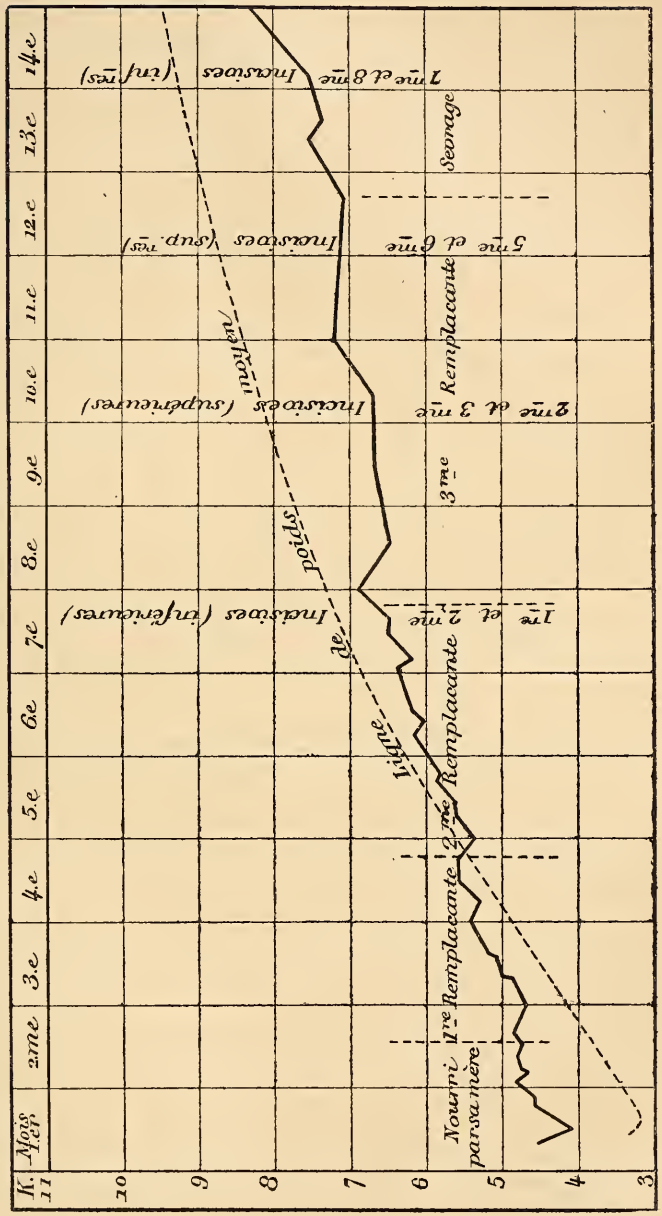
1er TABLEAU.

Courbe des pesées de R. L...



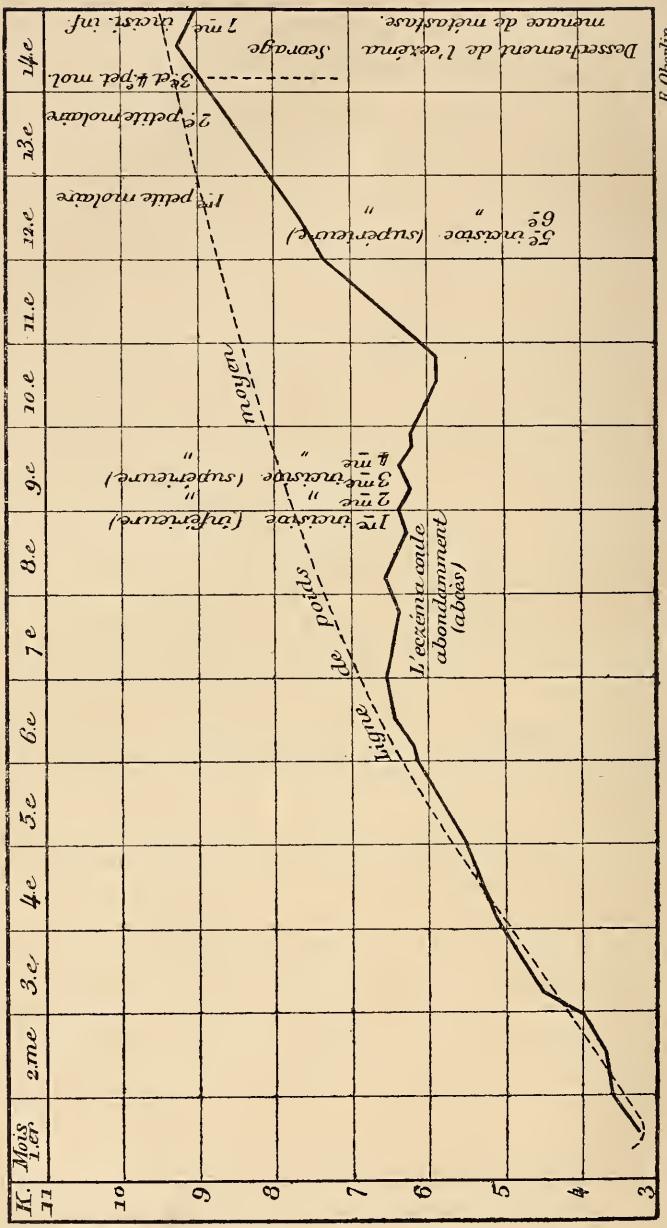
2° TABLEAU.

Courbe des pesées de M. L...



3e TABLEAU.

Courbe des pesées de J. L...



OBSERVATION XCVIII

Kyste tubaire. — Salpingorrhée pendant la grossesse et les suites de couches.

1907. — Dans l'observation LXVII j'ai indiqué les diverses formes d'hydrorrhée. Je publie, comme un document unique peut-être, les notes suivantes recueillies par interrogatoire.

Née en 1882, Mme de X... a souffert vers l'âge de 10 ans, d'une sciatique droite, pour laquelle on l'a massée. Ce traitement a été suivi par intervalles, jusqu'à l'âge de 20 ans. Les innombrables procédés thérapeutiques préconisés contre les sciatiques, leur fréquent échec, leur succès parfois instantané après plusieurs mois et même plusieurs années de souffrance, prouvent qu'elles sont d'ordinaire symptomatiques. Le jour où le diagnostic étiologique (arthrites lombo-sacrées ou sacro-iliaques consécutives à un effort, tumeurs du bassin, déplacements de l'ovaire, congestions frustes de la puberté, troubles circulatoires, etc.) est fait, le véritable traitement est trouvé et réussit quand le principe de la névralgie est attaquable.

Vers 18 ans recrudescence forte de la névralgie, attribuée à la fatigue et à la constipation. L... veut la traiter par le siphonage; mais la fièvre s'allume et monte à 40°. H... consulté croit d'abord à une affection de la gorge dont se plaignait la malade. Les congestions extra-génitales que j'ai nommées dans mon traité: vasodilatations erratiques, s'observent fréquemment chez les femmes atteintes d'affections pelviennes ou de simples troubles de fonction (aménorrhée, dysménorrhée, oligoménorrhée, règles intercalaires). Parmi ces congestions extra-génitales, celles de la gorge sont de beaucoup les plus fréquentes. Viennent ensuite les oculaires externes, les pulmonaires qui font craindre la tuberculose, les variqueuses crurales ou fémorales prises pour des phlébites, etc., etc.

L'hypothèse de H... ne se justifie pas; plaintes et fièvre continuent et la malade persiste à localiser au ventre le principe du mal.

L... et H... diagnostiquent une pelvi-péritonite (1) qu'ils attribuent à la constipation habituelle et à un excès de marche pendant les règles, époque où la malade n'éprouvait jamais de douleurs (2).

Après huit jours de fièvre et un mois de lit, tout semble rentrer dans l'ordre. Persistaient cependant, par intermittence, la sensibilité du ventre et la sciatique.

En 1901, deux ou trois mois avant le mariage, Mme de X... eut une sensation vague d'écoulement. Elle ne peut préciser à quel instant de la période intercalaire. La régularité d'évacuation des kystes salpingiens est à peu près constante d'après mes observations. Le ventre des femmes est une sorte d'horloge dont l'évolution et l'involution des corps jaunes assurent le mécanisme.

De 1901 à 1902, grossesse sans incidents.

En 1902, le 12 Mai, accouchement spontané. Suites normales jusqu'au troisième jour. Alors se produisit la première perte d'eau évidente, précédée et accompagnée de coliques. Cette eau

1. J'ai montré dans mon *Traité de kinésithérapie* comment on confondait souvent cellulite et pelvi-péritonite. Au temps où les idées de Bernutz et Goupil commençaient à se répandre, Aran a déjà protesté contre la fréquence des inflammations du péritoine comparées à celle du tissu conjonctif. Les poussées intermittentes périodiques de cellulite sub-aiguë peuvent se produire pendant des années sans aboutir à l'acuité, sans s'accompagner de pelvi-péritonite.

2. Au moment de la menstruation et souvent pendant les jours qui précèdent, beaucoup de génitales en proie à la misère gynécologique chronique sont soulagées. La congestion douloureuse est moindre, pendant les règles, grâce à l'évacuation sanguine, avant les règles grâce à la circulation plus active, mieux rythmée, qui les prépare et succède à la congestion passive par veino-dilatation et artério-constriction. Cela s'observe très nettement pendant les cures de massage.

était limpide. B..., l'accoucheur, crut d'abord qu'elle provenait des injections ; mais on les fit colorer et après l'issue de cette eau teintée, sortit une onde cristalline, qui, par conséquent, n'était pas celle des injections.

Mme de X... nourrit son enfant pendant trois mois seulement, parce qu'elle souffrait du ventre et que la sécrétion lactée tarissait.

En effet vers le 20 Juin, un mois environ après l'accouchement, douleurs violentes sans perte d'eau, attribuées à des coliques néphrétiques parce qu'il y a du sable dans les urines. Mme de X... perd alors en rouge, durant quarante-huit heures. Vers le 18 Juillet, donc un mois plus tard environ, retour de fortes coliques avec abondantes pertes d'eau. Voici les prodromes et signes concomitants des évacuations : céphalalgie, gêne de la parole, douleurs lombaires et lombo-iliaques droites, arrachant des cris, et comparables à celles de l'accouchement. Elles se propagent le long du nerf sciatique droit. La malade se plaint aussi de souffrir dans les os, notamment ceux de la racine du nez. Un grand malaise, caractérisé par la faiblesse générale et des membres rompus, succédait aux pertes que provoquaient ou accentuaient des frictions sur la colonne vertébrale. Le pouls déprimé tombait à 57°.

Le mois suivant — Août — plusieurs évacuations accompagnées des symptômes ordinaires. Le lait tarit. Sevrage.

Au 15 Septembre, retour de couches sans douleur.

En Octobre, Novembre et Décembre, les règles devenues profuses se prolongent. Elles durent, une fois, treize jours. Mme de X... souffre et les souffrances sont suivies d'évacuations d'eau dont le moment n'est pas précisé.

De Février à Septembre 1903 les règles n'ont pas été surabondantes. L'eau apparaît après les menstrues, précédée de douleurs, bien atténuées si on les compare à celles des premières évacuations.

En Septembre 1903, Hegar de Fribourg-en-Brisgau remet à Mme de X... la consultation écrite qui suit :

« ...(*illisible*)... épaissi. Ectropion moyen. Leucorrhée assez « abondante. Utérus en place. A droite, un peu en arrière, une « grosseur de la dimension d'un œuf d'oie environ. L'emplace- « ment de cette tumeur correspond à l'ovaire et à la trompe du « côté droit. »

Après Septembre 1903, il y eut plusieurs mois sans perte d'eau. Celle-ci survenait à des moments irréguliers entre les règles (1).

Douleurs moins aiguës qu'autrefois. Toujours la même céphalalgie, le même anéantissement.

En Mars 1904, huit jours après une leçon d'équitation, réapparition de l'eau sans fortes douleurs; durée: trois jours; puis, le quatrième, crise égalant en violence celles de la première année. Dix-huit jours de lit avec pertes d'eau.

Les évacuations disparaissent jusqu'en Juillet.

Un mois avant, le 13 Juin 1904, P... est consulté.... H... l'avait été avant lui. Son avis était: ablation de la trompe et de l'appendice. P... écrit ceci :

« ... Le diagnostic d'hydro-salpinx ne paraît pas douteux. La « poche a dû se vider en partie, il y a deux jours (2).

« L'utérus est plus volumineux que normalement et en anté- « flexion. En pratiquant sur la paroi abdominale, à droite, de « petites poussées assez brusques, on communique au doigt placé « dans le cul-de-sac vaginal une transmission de mouvement

1. Se reporter aux notes précédentes. La date exacte de l'apparition des menstrues et du début des évacuations n'étant pas indiquée, je ne puis reconstituer la marche des événements et voir s'ils confirment ou non mes idées sur la périodicité. Mme de X... interrogée à ce sujet croit se rappeler que les moments d'élection étaient le XVe et le XXVIIe de la période intercalaire, alors tout à fait à l'issue des molimens.

2. Il est écrit plus haut : de mars à juillet les évacuations disparaissent. D'autre part on verra plus bas que l'examen analytique du liquide a été fait le 18 juin. Or, d'après les notes, à ce moment il n'y avait pas d'évacuations. Évidemment les renseignements qui m'ont été fournis ne sont pas aussi exacts que l'auraient été mes notes personnelles.

« qui donne l'impression assez nette qu'il existe à droite et en « arrière de l'utérus une tumeur du volume d'un gros œuf. Il « est probable que par le toucher rectal et la palpation abdomi- « nale on pourrait être plus précis.

« Dans le cas où on se déciderait à une opération il y aurait « lieu de se demander :

« 1° Quelle est la nature du liquide rendu, ce qui sera facile « puisqu'il est rendu en quantité assez abondante, à des mo- « ments déterminés ;

«2° Si la tumeur a contracté des adhérences plus ou moins « intimes. Un examen sous le chloroforme permettrait de serrer « un peu plus le diagnostic.

« Actuellement Mme de X... est atteinte d'un hydrosalpinx qui « ne l'infectera pas si elle prend pendant ses règles des précau- « tions particulières et si elle ne fait pas d'excès de fatigue. Cer- « tes lorsqu'il est trop rempli et trop tendu il doit occasionner « un état de malaise assez pénible ; somme toute pas dange- « reux.

« L'indication opératoire dépend donc... *quatre mots illisi- « bles*... au sujet d'une vie qu'elle doit poursuivre en prenant de « continuelles précautions.

« Une thérapeutique excitante, telle que l'usage des eaux « chlorurées sodiques fortes comme Salies-de-Béarn, pourrait « peut-être amener une évacuation définitive de la poche. Mme de « X..., si elle ne se décide pas à l'opération, devrait bien l'es- « sayer. Je ne crois pas que le curettage soit dans ce cas utile. « Les tentatives pour cautériser la trompe me semblent trop « risquées pour être conseillées. L'orifice péritonéal est fermé. Il « faut craindre qu'il ne s'ouvre (1). Il faut éviter aussi absolument

1. Aran a constaté sur le cadavre, qu'on ne parvenait pas à faire refluer les liquides de la trompe dans la cavité péritonéale, même quand l'orifice du pavillon est ouvert. J'ai évacué et mes élèves ont évacué la trompe par le massage, assez souvent pour que je puisse confirmer l'observation d'Aran. L'évacuation s'est toujours faite par *l'ostium uteri*.

« de transformer la poche actuellement aseptique en un abcès. »

Le 18 juin 1904, le liquide fut examiné :

Analyse du liquide

	Densité à + 15°	1004.5
Matières albuminoïdes.	Sérine	traces
	Globuline	—
	Mucine	—
	Métalbumine réduisant le réactif cupro-potassique	néant
	Fibrine spontanément coagulable	néant
	Fibrinogène	néant
	Bile	néant
	Cholestérine	néant
	Résidu sec par litre	8 gr. 45
	Chlorures	3 gr. 50
	Phosphates	0 gr. 25
	Sels minéraux en totalité	4 gr. 40
	Urée	1 gr. 89

Liquide presque limpide, fluide, de réaction neutre, sans odeur spéciale.

Examen cytologique.

L'examen de plusieurs préparations colorées à l'hématéine et au triacide d'Ehrlich, après centrifugation prolongée, montre que les éléments cellulaires sont rares et consistent surtout en cellules assez volumineuses à noyau ovoïde central ou légèrement excentrique entouré d'un protoplasma abondant. Les cellules sont, ou isolées ou soudées en placard de deux ou trois éléments.

Il se trouve encore quelques très rares lymphocytes mononucléaires, mais nous n'avons observé ni leucocytes polynucléaires, ni globules rouges.

L'examen microscopique montre l'absence de crochets d'échinocoques.

Conclusions.

Ce liquide de faible densité, ne renfermant qu'une très faible quantité de principes fixes, mais seulement des traces de matières albuminoïdes sans crochets d'échinocoques, présente la composition des liquides séroïdes (de Méhu) se distinguant des sérosités proprement dites par l'absence des éléments essentiels du sérum sanguin (sérine fibrinogène).

Le 17 Juillet 1904, dans la journée, douleurs violentes au bas-ventre et très grande difficulté de marche. Le soir apparition de l'eau.

Le 19 Juillet, règles normales sans douleurs.

En Août 1904, règles supprimées. Grossesse. Aucune évacuation d'eau jusqu'en Novembre. Le 4 Novembre, le 4 Décembre 1904, le 11 Janvier, le 24 Février 1905, évacuation, durant trois jours au plus et sans douleurs, sauf « aux os du nez ». L'impression de vide dans la tête les accompagne. En dehors des pertes d'eau, l'état de santé est parfait pendant cette grossesse comme pendant la première.

Le 1er Mai 1905, avant-veille de l'accouchement, douleurs très fortes « dans les os »; difficulté pour s'asseoir.

Le 2 Mai, les douleurs osseuses continuent, mais moindres, et l'eau paraît en petite quantité.

Le 3 Mai, dans l'après-midi, assez forte crise de douleurs suivie d'évacuation du kyste. Soulagement consécutif. A 7 h. 30 du soir premières douleurs du travail, qui se termine à 10 heures du soir.

Deux pertes d'eau sans douleur le quinzième et le dix-septième jours, la première petite, la seconde plus abondante.

Mme de X... a nourri son enfant elle-même pendant onze mois en s'aidant. Au cours de cet allaitement voici ce qui s'est passé:

Le 8 Octobre (ou 8 Novembre), céphalalgie prémonitoire habituelle très accentuée. Le 12, évacuation pendant vingt-quatre heures. Elle continue encore, mais goutte à goutte dans la matinée du 14.

D'Octobre (ou Novembre) 1905 au 27 Janvier 1906, pas d'évacuations. A cette dernière date, perte: un verre seulement à l'issue des règles. Quinze jours plus tard environ, nouvelle perte, un verre encore. Jadis, dans les évacuations très abondantes l'eau a traversé jusqu'à sept et neuf draps.

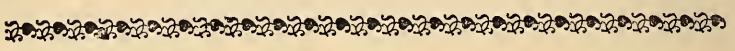
Le 17 Mars 1906 et les deux jours suivants j'examine pour la première et unique fois Mme de X... Je ne trouve pas le kyste

développé. Impossible non seulement de le délimiter mais même de constater sa présence, ce qui ne m'étonne point, car j'ai observé, sur d'autres femmes, les alternatives de réplétion et de vacuité, de délimitation facile et de disparition complète, des hydro-salpinx.

A partir du 10 Avril 1906, suppression des règles. Troisième grossesse. Une évacuation transperçant deux draps l'aurait précédée.

Jusqu'en Novembre pas d'évacuation du kyste. A ce moment, pendant quinze jours, dépression du pouls, douleurs à la racine du nez, et sciatique droite, phénomènes prémonitoires ordinaires d'évacuation. Celle-ci est très abondante. Plusieurs draps sont traversés. On l'accélère au moyen de frictions sur la colonne vertébrale. Elles provoquent l'issue du flot. Dès lors cessation de tout malaise et de toute perte.

Accouchement : le 22 Janvier 1907, à terme par conséquent Deux jours plus tard, fièvre et évacuation d'eau, cette fois jaune et ayant une odeur d'urine. On ne l'analyse pas. Mme de X... n'a jamais eu d'incontinence. Fièvre et évacuation ont duré trois jours.



OBSERVATION XCIX

Insertion vicieuse. — Hémorragies aux huitième et neuvième mois. — Essai de la gymnastique et du massage hémostatiques. — Accouchement à terme. — Fœtus de 3.755 grammes. — État syncopal après la délivrance. — Fièvre disparaissant par le sevrage.

1907. — Je viens de faire l'essai de la gymnastique d'abduction fémorale et du massage comme traitement préventif des hémorragies par insertion vicieuse.

Lorsque j'ai décrit et montré, il y a bien des années, devant la

Société obstétricale de France, la gymnastique hémostatique pendant la grossesse, en demandant — sans écho d'ailleurs — qu'on voulût bien la mettre à l'épreuve, j'ai éliminé de ses ndica tions l'insertion vicieuse, l'hémorragie étant en pareil cas d'origine mécanique d'après toutes les théories en cours. Je suis revenu de cette appréciation.

Le 24 Mai, une de mes clientes, enceinte de huit mois, Mme C..., à l'improviste, au lever, sans douleurs, perdit du sang, environ trois quarts de verre..

Secondipare, Mme C... était accouchée en 1905 prématurément, d'un fœtus vivant, non viable, expulsé dans ses membranes intactes. A la fin du sixième mois de la grossesse actuelle, à l'époque du précédent accident, la gestation parut compromise par des malaises généraux et de la pesanteur. Ces symptômes menaçants avaient fait apparition vers le quatrième ou cinquième mois. Trois ou quatre séances de massage et l'abduction fémorale pendant une semaine conjurèrent la première menace. J'opposai à la seconde le repos relatif. Les rapports conjugaux étaient supprimés depuis longtemps.

L'écoulement sanguin se réduisait à un insignifiant filet, lorsque j'arrivai près de Mme C... Au palper, la tête fœtale à demi fléchie dont j'avais, lors du précédent examen, constaté la présence dans l'aire du détroit supérieur, sans engagement, tendait à glisser vers la fosse iliaque. Au toucher, pratiqué avec la légèreté de main dont je suis coutumier, le segment inférieur se révélait épais et mollasse. Le diagnostic s'imposait. J'appelai A... en consultation pour me couvrir.

« Je vous en prie, dit-il, à Mme C..., ne posez le pied par terre sous aucun prétexte. Restez au lit. C'est la grande, l'importante précaution, avec le repos local absolu. Il n'y a pas autre chose à faire. Beaucoup d'insertions vicieuses se signalent par une seule hémorragie. Il est possible que vous n'en ayez pas d'autre. Pour le moment, rien que l'immobilité, et plus tard s'il y a quelque difficulté, soyez tranquille, vous avez Stapfer. »

C'était, sauf la flatteuse conclusion, ce que j'avais dit l'avant-veille à Mme C... Les propos de A... auraient été tenus par tout accoucheur compétent.

Donc, rien que l'expectation au lit, qui, comme on sait, ne garantit en aucune façon de l'hémorragie par décollement placentaire. En somme traitement préventif peu protecteur, car Mme C..., comme ses pareilles, était exposée aux pires aventures, malgré l'immobilité et « malgré Stapfer ». Je m'en allais mécontent et songeur quand l'idée de la kinésithérapie traversa mon esprit.

Pourquoi, me disais-je, ai-je rejeté jadis, devant la Société obstétricale de France, son emploi hémostatique en cas d'insertion vicieuse? Parce que la théorie mécanique du tiraillement placentaire (de Mauriceau à Pinard) et celle de l'ampliation tardive du segment inférieur de l'utérus (Jacquemier) m'aveuglaient, théories dont la première est démontrée par le fréquent succès de la rupture prématurée des membranes. Sans abandonner cette théorie ne peut-on admettre que la congestion utéro-placentaire favorise l'hémorragie, si elle ne la crée pas? La vérité et l'erreur ne se mêleraient-elles point dans l'hypothèse, tôt abandonnée, de Barnes, qui admettait une congestion cataméniale et le décollement par turgescence cotylédonnaire? On lui a objecté que les hémorragies n'étaient pas nécessairement mensuelles, que tantôt deux et trois mois les séparaient, et tantôt quelques jours. On a cependant reconnu une périodicité fréquente, de quinzaine en quinzaine ou à peu près. Est-ce que les congestions, — si congestions il y a, — ne correspondraient pas aux époques moliminaires dont j'ai précisé la date?

En bien des cas, il est évident que le tiraillement des membranes, le glissement de la paroi utérine et de l'œuf jouent un rôle accessoire ou nul. (Obs. XXIV, LXVII). Le décollement, à lui seul, n'explique pas la gravité des pertes. Ne voit-on pas la sonde de Krause détacher le placenta sur une longueur de 10 à 15 centimètres, et l'écoulement sanguin rester insignifiant? Ne voit-on pas, pendant la grossesse, le fœtus se livrer à une gym-

nastique qui tiraille œuf, utérus, paroi abdominale même, sans provoquer de perte, quoique l'ectopie placentaire soit avérée ? Ne voit-on pas celle-ci faire défaut chez des albuminuriques qui ont de graves soustractions sanguines provenant de décollements par congestion et turgescence? (Obs. VI.) Ne voit-on pas, pendant la grossesse, l'hémorragie se produire en pleine inertie de l'utérus? Ne voit-on pas cet organe et le placenta œdémateux? (Obs. III et p. 489.) N'est-il pas sage et d'accord avec les faits et la logique de supposer au décollement des influences multiples, des conditions spéciales? Quoique les accidents soient en général inopinés et le fait même de l'insertion basse, ne paraissent-ils pas favorisés quelquefois par une chute, par un coup, causes de congestion? Témoin, la sœur de Mauriceau.

C'est ainsi que l'idée de la congestion, cause au moins aggravante de l'hémorragie, prenait racine dans mon esprit, et que celle du traitement kinésique s'y associait. N'avais-je pas enrayé nombre d'avortements du troisième mois, au moyen du massage et même de la seule gymnastique.

Cependant, je ne me le dissimulais pas, mes succès n'étaient nullement démonstratifs des effets qu'aurait la méthode dans un cas d'insertion vicieuse, car je n'admets pas que les hémorragies des trois premiers mois soient causées par l'ectopie placentaire. J'en ai trop arrêté de ces pertes menaçantes, qui ne se sont point reproduites dans les trois derniers mois, pour être partisan de cette théorie que l'examen des délivres a démentie. L'anatomie nous apprend que l'œuf commence par être « placenta partout ». Nous ignorons l'instant précis, sans doute variable, par exception précoce (Obs. LXVII) de la localisation.

Cependant encore, si l'analogie n'existait pas entre mes cas d'avortements et celui de Mme C... il n'était pas moins certain que j'avais supprimé des congestions, et puisque celles-ci me semblaient et devaient, de par la logique et les faits, jouer un rôle dans l'hémorragie par insertion vicieuse, pourquoi ne pas essayer sur ma cliente, au moins les mouvements gymnastiques, procédé

inoffensif, puissant à lui seul, et, s'il y avait lieu, le massage méthodique.

Ainsi raisonnai-je et mon parti fut pris. Je me rendrais chaque jour chez Mme C... et lui ferais exécuter la gymnastique d'abduction fémorale quitte à suspendre ou modifier ce traitement, d'après ce que j'observerais. Or, voici ce qui s'est passé :

2 Juin. — Mme C... garde le lit. Chaque matin je lui fais exécuter cinq mouvements d'abduction fémorale avec résistance : trois d'abord, puis deux. Intervalle d'une ou deux minutes pour éviter toute fatigue. Exécution parfaite. De plus, je conseille à Mme C... de tenir habituellement, mais non constamment, — suivant la bonne règle du repos et de la détente musculaire par alternance et variation des attitudes —, les jambes fléchies sur les cuisses ; icelles sur le bassin. Précaution utile surtout quand le sang menace (Voy. obs. XCI).

Les exercices sont exécutés depuis une semaine. Le fœtus à peine amorcé se tient en O.I.G.P. Foyer cardiaque droit. Rythme excellent. Je le surveillerai chaque jour. L'utérus très volumineux touche presque l'appendice xyphoïde, ou paraît l'avoisiner, car la délimitation du fond de l'organe n'est pas facile. Dans l'après-midi, brusquement, grande pâleur sans malaises.

3 Juin. — Dix jours après le 24 Mai, perte de sang liquide, peut-être égale à la première, certainement pas plus abondante. L'entourage dit : moindre. On peut admettre un rapport entre la pâleur du 2 Juin et l'hémorragie du 3 ; car il y a eu sans doute vaso-dilatation abdominale la veille sous l'influence d'une parésie passagère du réseau mésentérique. Du moins, c'est ma théorie. (Obs. XCI). Mme C... est sujette aux troubles circulatoires et aux décolorations brusques du visage. Pouls d'ordinaire rapide et mou.

Le fœtus, dans la journée qui suit l'hémorragie, fait des sauts de carpe, s'agite, sans la moindre action nocive. L'utérus se laisse complaisamment distendre. A regarder ce ventre on dirait un pudding dont la pâte se soulève pendant la cuisson. Le soir,

seconde séance d'abduction fémorale semblable à celle du matin. Désormais on en fera deux chaque jour.

4 Juin. — Cœur fœtal rythmé. Les exercices gymnastiques ne modifient pas ce rythme. Je me préoccupe de la mollesse utérine. Ce muscle est œdémateux. Jamais Mme C... ne sent durcir son ventre. Il me semble utile d'éveiller la contraction indolore régulatrice de la circulation, et tout au moins de désinfiltrer l'organe en favorisant le cours du sang. Je me décide donc à joindre le massage à la gymnastique. Je le commence séance tenante, et le continuerai chaque matin, sauf contre-indication. Voici comment je procède : Pendant une minute à peine, des deux mains, ou de la droite seule, frictions circulaires douces sur la convexité du dôme utérin, exclusivement, ou plutôt à la place où il doit être car je ne le sens pas nettement. Je parcours cette convexité en suivant la cage thoracique.

6 Juin. — La tête fœtale glisse dans la fosse iliaque gauche. L'attitude ordinaire de Mme C... est évidemment cause de cette tendance à la présentation de l'épaule. Elle lit une partie de l'après-midi, couchée sur le côté gauche. L'influence de cette position est aisée à démontrer. On tourne le lit de façon que Mme C... soit obligée de se coucher sur le flanc droit pour lire.

7 Juin. — La tête fœtale est dans l'aire du détroit. C'était bien l'attitude de la mère qui déplaçait l'enfant. Rythme cardiaque fœtal excellent. L'utérus me paraît moins œdémateux, mais Mme C... le sent toujours mou.

9 Juin. — Décidément les parois de l'organe s'amincissent. Le fond se délimite. Mme C... a constaté que « son ventre durcissait ». Je perçois moi-même une contraction.

10 et 11 Juin. — Plus de doute ; l'utérus entier a diminué de volume. A travers son dôme aminci on sent nettement les régions fœtales. Il y a trois à quatre travers de doigts entre ce dôme et l'appendice sternal. Tout cela est le fait de la désinfiltration des parois, et non de la descente *in excavatione*, car je touche et constate un vague amorcement. Depuis la dernière perte (3 Juin)

on a observé un suintement continu, noir d'abord, puis roux. Cette petite perte cesse pendant deux heures environ après les exercices.

12 Juin. — Pâleur, vertige passager. Pas d'albumine. Phénomène analogue sans doute à celui du 3 Juin.

14 Juin. — Au soir, petit caillot de la grosseur d'une noisette. Les hémorragies, en se répétant, décroissent. C'est l'inverse de la marche ordinaire. Dix jours se sont écoulés depuis la dernière perte. Cœur fœtal bien frappé, toujours sans modification apparente après et avant l'exercice d'abduction.

16 Juin. — Glaires. On en a déjà observé surtout après les lavements qui sont quotidiens et évacuateurs.

19 Juin. — O. I. D. P. Léger amorcement. L'entourage est frappé du changement de forme du ventre.

21 et 22 Juin. — O. I. G. A. Utérus mou, un peu plus volumineux et étalé. Amorcement léger.

24 Juin. — O. I. G. A. Ventre diminué. Contractions indolores.

25 Juin. — Petit caillot plat, glaireux. Le dernier date du 14 Juin. Ventre encore diminué mais cette fois par la descente de la tête fœtale amorcée. Le segment inférieur est toujours épais. O. I. D.

28 Juin. — O. I. D.

29 Juin. — La tête s'est abaissée jusqu'au ligament triangulaire. Le segment inférieur est aminci. Caillot semblable au dernier, à trois jours d'intervalle et non dix.

1er Juillet. — Rupture spontanée des membranes. Arrêt de la kinésithérapie. Tête remontée. Léger amorcement. Dôme utérin à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

2 Juillet. — Accouchement. R. T. : 26 Septembre 1906; D. P.: 27 Juin 1907; D. E.: 16 Juillet. Expulsion spontanée et prompte d'un garçon de 3.755 grammes. Poids rare, dans l'insertion vicieuse. De par la situation de l'ouverture des membranes très bien conservées, le placenta touchait la marge de l'orifice utérin. Il s'est cependant présenté pendant son expulsion, par le centre.

La délivrance, naturelle, s'est compliquée d'une hémorragie grave non par l'excessive quantité, mais par l'état syncopal qui l'a accompagnée. Mme C... mangeant comme une alitée, depuis un mois, n'était sans doute pas dans la condition de la parturiente dont j'ai pu calculer la soustraction sanguine (obs. XCI). Ces conditions sont d'ailleurs assez inconnues et ne dépendent pas seulement de l'abondance des repas antérieurs bien que la physiologie ait démontré leur influence.

L'état syncopal a été très alarmant par sa prolongation, par l'extrême faiblesse du pouls, qui remontait momentanément pendant l'excitation du réflexe dynamogène. La perte, sous l'influence des injections chaudes et du massage, était arrêtée; il n'y avait point de caillot dans l'utérus rétracté et contractile. A en juger par les effets de cette hémorragie moyenne, Mme C... n'aurait pas supporté une perte excessive. Elle serait morte.

J'ai traité cet état syncopal, par le champagne frappé, par les insertions sous-cutanées d'éther, par une injection de sérum, et par mon procédé.

Le champagne frappé a déterminé des nausées, une garde-robe et des vomissements. Ni l'éther ni le sérum n'ont relevé le pouls, qui est remonté définitivement dix à douze heures seulement après la délivrance et cela sans que Mme C... eût pris aucun aliment, aucune boisson.

Le seul remède qui ait eu de l'effet, mais un effet très momentané parce que la masse sanguine nécessaire manquait et tendait à diminuer, comme toujours, par le léger suintement utérin, c'est l'excitation du réflexe. Elle a prévenu la syncope complète, et à chaque massage Mme C... ouvrait les yeux et disait : « Vous me rendez la vue, j'étais dans le brouillard. »

Je n'ai pas à insister ici sur les états syncopaux, les syncopes et mon procédé. L'observation XCI m'a fourni l'occasion d'en parler tout au long.

Mme C... a eu de la fièvre pendant trois semaines. Aucun accident infectieux. Quoi qu'on ait fait, le thermomètre n'est revenu

à la normale que par le sevrage. La sécrétion lactée insuffisante était cause d'épuisement, Mme C... rentrait dans la catégorie des femmes qui ne peuvent pas nourrir. (Obs. I, LXXVII et LXXXI.)

1908. — Je clos cet ouvrage par ce récit très suggestif. Qu'on se rappelle le propos attribué à P. Dubois : « Si quelque chose pouvait me faire renoncer à la pratique des accouchements, ce serait la crainte que m'inspirent les hémorragies par insertion vicieuse. »

En constatant les résultats de la gymnastique et du massage sur Mme C... je me suis dit : « Mes idées seraient-elles justes ?... Sommes-nous en possession d'un inappréciable traitement ? Qui sait ?... » Je suis à la fin de ma carrière d'accoucheur. Sans doute je n'aurai plus l'occasion de répéter l'expérience de la gymnastique et du massage dans l'insertion vicieuse. Je souhaite donc simplement que l'expérience soit reprise par mes compatriotes, et si de nombreux faits consacrent cette méthode, c'est que la congestion favorise l'hémorragie par insertion vicieuse. Alors la kinésithérapie représentera en pareil cas une thérapeutique préventive pendant la grossesse, à mettre, pour son héroïsme, en parallèle avec la rupture des membranes opposée au tiraillement placentaire ; mais... *d'une hirondelle il ne faut juger le printemps.*

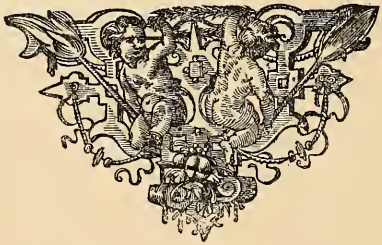


TABLE ANALYTIQUE

DES PRINCIPAUX FAITS RELATÉS DANS L'OUVRAGE

A

Accouchement. — Prématuré et spontané : obs. V, XXII, LV. — Prématuré et provoqué : obs. XIII, XVII, XXVII, XLI, LV, XCIV.

Adaptation ou accommodation. — Remarques, singularités : obs. XII, XXVIII, XXXI, XLIII, LXXXI, LXXXIV.

Agalactie. — Chez la femme et chez les animaux : obs. LXXVII, LXXXI.

Alimentation. — Du premier âge ; documents médicaux et vétérinaires : obs. LXXVII.

Allaitement. — Chez les tuberculeuses et les congestives (pseudo-tuberculeuses) : obs. XXX.

Aménorrhée. — Traitement électrique et kinésique : obs. XLIV.

Angine. — De Ludwig : obs. LXXXIX.

Antéversion. — Pelvienne : obs. VII, XI. — Utérine : obs. II, IV, VIII, XXXIII.

Aptitude. — A la vie extra-utérine : obs. V, X, XVII, XXVII, XXXIX, LV.

Asymétrie. — Du pelvis : obs. VII, VIII, XXXVIII.

Asynclitisme. — De la présentation : obs. II, XXVIII.

Attitude. — Des parturientes, accélératrice du travail : obs. VIII, LXXV, LXXXII. — Conservatrice de la vie fœtale : obs. IV, XXV, XXVI. — Assurant la présentation : obs. XCIX. — En désaccord avec la période du travail : obs. XXXVI. — Hémostatiques et hémorragipares : obs. XCI.

Auscultation. — Nécessaire pendant l'application de forceps : obs. XXV, XVII, LVII. — Dans la grossesse gémellaire : obs. XXXVIII.

Avortement. — D'un œuf dans la grossesse gémellaire : obs. XXIX. — D'un œuf portant l'ombilic de la caduque ovulaire : obs. LXII. — Traitement préventif : obs. LXIII, XCIII, XCIX.

Axes. — Nécessité de leur concordance : obs. VIII, XVIII, XXXIII, XLIII, LXXV.

B

Bains. — Accélérateurs de la dilatation de l'orifice : obs. LXXIV, LXXXII. — Du nouveau-né : obs. LXXVIII.

Ballons. — De Tarnier : obs. XIII, XVII, XLI, XCIV. — De Barnes : obs. XVII. — De

Champetier : obs. XCIV. — Voyez aussi : orifice du *col utérin*.

Ballottement céphalique. — Voyez : *Diagnostic* de la grossesse, et *Présentation* du siège.

Bassin vicié. — Par luxation : obs. VII, XXXVIII. — Par ankylose du genou : obs. VIII. — Par le rachitisme : obs. XII, XIII, XXVII, XXXI, LV.

Boiteuses. — Leur attitude, démarche, catégorie, déformation : obs. VII, VIII, XXXVIII.

Brulures. — Du nouveau-né : obs. LV, LXXVI, LXXXVI.

C

Calendrier de la grossesse. — En tête de l'ouvrage.

Cathétérisme vésical. — Ses difficultés : obs. XXXIII.

Ceintures eutociques. — Fabrication, sécurité qu'elles offrent : obs. I, IV, XIII, LV, LXXV.

Chloroforme. — Effets variés, bienfaits et méfaits : obs. LX, LXXI, LXXXVII.

Choc fœtal. — Quid ? Sa persistance dans un cas d'examen prolongé : obs. LXXIII.

Circulation pelvi-abdominale. — Influence sur le volume du ventre : obs. LXII.

Col utérin. — Mécanisme de son effacement et de la dilatation des orifices : obs. XI, XII, XXII, XXIII, XXXI, LXXII, LXXIV, LXXV. — Dilatation et dilatabilité de l'orifice : obs. XVI, XLVIII. — Déviation : obs. XVIII. — Dilatation manuelle : obs. XLVIII, LXVI. — Œdème, XXII, XXXI, LXXIV. — Rupture spontanée d'un anneau : obs. XL. — Ulcération gravidique prise pour métritique : obs. IV.

Congestion. — Son rôle dans l'hémorragie dite par insertion vicieuse : obs. XCIX. — Pulmonaire, faisant croire à la tuberculose : obs. XXX, XL, LII.

Consanguinité. — Son influence sur la race : obs. XVIII, XL.

Cordon. — Sa section imprévoyante : obs. III. — Brièveté accidentelle et usage des pinces à forci-pressure : obs. XXII. — Circulaires faisant obstacle à la version par manœuvres externes : obs. XL. — Procidence : obs. IV, LXXXVII. — Influence de la respiration sur l'hémorragie : obs. XXI. — Bons et mauvais liens : obs. LII. — Insertion vélamenteuse : obs. III, LXXIII. — Anévrysme : obs. LXXXV.

Corps jaune. — Troubles fonctionnels : obs. XLIV.

Coup d'œil médical. — Sa juste valeur : obs. VII, LV.

Craquements fœtaux. — Perçus pendant l'extraction, leur cause, leur danger exceptionnel : obs. IV, XL, XLV, XLIX, LIX.

Cris. — De la femme ; pas toujours caractéristiques de la période du travail : obs. XXXVI. — Du fœtus. Leur vigueur, signe habituel de l'aptitude à la vie extra-utérine : obs. IV, XLV, XLIX, LIV.

Crochet. — Son danger.

Cures marines. — Effets contre la stérilité : obs. XVIII.

D

Décollation. — Du fœtus dans la présentation de l'épaule : obs. XXXIV.

Décollement placentaire. — Voyez : *Hémorragies.*

Délivrance. — Naturelle ; son mécanisme, ce qui l'entrave ou la favorise : obs. XC. — Artificielle : obs. XLVIII, LXXX, LXXXVII.

Déontologie. — Obs. LXXIV.

Diagnostic. — De la présentation du siège, par l'interrogatoire : obs. I ; par le palper : obs. I, II, XXI, XL, LV ; par le toucher : obs. X, XXI, XL, LV. — De la présentation du sommet, par le toucher, quand le ventre est antéversé, et l'asynclitisme exagéré au D.S. : obs. II. — De la présentation de la face, par la vue : obs. XXVI ; par le palper et le toucher : obs. XVI, XXI, XXVI. — De la présentation de l'épaule, par le palper et le toucher : obs. IV, XXXIV. — De l'existence et de l'âge de la grossesse : obs. III, XLIV, LXV, LXIX, LXXIX. — De l'ectopie gravidique : obs. XLIV. — De la gémellité ; au début de la grossesse : obs. XXIX ; dans les derniers mois : obs. XXXVIII, LXX. — De la rupture des membranes : obs. V, X, XXXVI, XL. — Des bassins viciés par le rachitisme ; promontoires élevés et abaissés, symphyses longues et courtes, faux promontoires, bassins annelés, canaliformes ; mensuration, déductions : obs. XII, XIII, XXVII, XXXI, XXXVIII, LV. — De l'asymétrie du bassin : obs. VII, VIII, XXXVIII. — De la luxation congénitale de la hanche : obs. VII. — De l'effacement du col, de la dilatation et de la dilatabilité de l'orifice : obs. XI, XII, XVI, XXII, XXIII, XXXI, XLVIII, — De la mort du fœtus et de ses causes : obs. IV. VI, XLII. — Des causes de l'accouchement prématuré, spontané, et répété : obs. V. — De l'hémorragie dite par insertion vicieuse, et de celle que cause l'albuminurie : obs VI. — De la pseudencéphalie, par le palper : obs. XXI. — De la rétention d'un second œuf, après expulsion du premier, au début de la grossesse : obs. XXIX. — De l'insuffisance fonctionnelle des corps jaunes, de l'utérus atrophié par cette insuffisance, et pris pour infantile : obs. XLIV. — De la congestion erratique, et de la tuberculose : obs. XXX, XL, LII. — De la manie puerpérale : obs. II, LIV. — Des plis du cuir chevelu pris pour cordon procident : obs. XII. — De l'acinite primitive et secondaire : obs. XIV. — De l'hérédo-syphilis : obs. XXII, XXXVII, XLII. — D'accidents gastro-intestinaux bénins, en apparence alarmants : obs. LXVIII, LXXIII. Une leçon de diagnostic gynécologique : obs. XCVI.

Dilatation et dilatabilité. — Voyez : *Col utérin.*

Douleurs. — Accouchements sans souffrance : obs. XXXVI, LII.

Dyspnée. — Urinémique : obs XIV.

E

Eau de l'amnios. — Inconvé-

nient de sa distillation totale : obs. IV, XXV, XXVI, XXXIV. — La coloration méconiale, compatible avec le rythme cardiaque normal et la survie du fœtus : obs VII, XLIII.

Ecarteur. — De Tarnier : obs. XLI.

Eclampsie. — Pendant la grossesse : obs. XCIV.

Ectopie. — De la grossesse : obs. XLIV.

Eczéma. — Des enfants : obs. XCVII.

Electrothérapie. — Dans l'aménorrhée : obs. XLIV.

Enchatonnement. — Du placenta : obs. XC.

Eréthisme utérin. — Redresseur physiologique de l'utérus renversé : obs. LXII, XCV, XCVI.

Eruptions cutanées. — Eliminatrice de toxines : obs. LIII. — Artificielle, par le chlorhydrate d'ammoniaque : obs. XLVI, LXIV, LXXXVIII. — Voyez aussi : *Eczéma*, *Variole*, *Vaccine*.

Erysipèle ambulant. — D'origine vaccinale : obs. XXXVII.

Evolution spontanée. — Du fœtus mort et macéré : obs. XLII.

F

Face. — Sa présentation : obs. XVI, XXI, XXVI.

Fébricité. — Sans infection : obs. I. XL, LIV, XCIX. — Avec infection : obs. II, XLI, XLVI, L, LIII.

Fil a ligature — Qualités qu'il doit avoir : obs. LII.

Foetus. — Diagnostic de sa mort : obs. IV, XLII, LXXIII. — Macération : obs. XLII. — Malformation : obs. I, XXI. — Nœvus : obs. LXXVI. — Rapidité variable de son développement : obs. V, X, XVII, XXXIX. — Age impossible à déterminer : calendrier ; obs. V, X, XVII, XXVI, LV. — Explication du préjugé de la vitalité moindre à huit mois qu'à sept : obs. XXIX. — Exposé par les présentations vicieuses, le forceps, la version, le crochet, le travail prolongé, la distillation de l'eau, etc. : Voyez ces mots Voyez aussi : *Adaptation*, *Hydramnios*, *Gémellité*, *Hérédo-syphilis*, *Paralysies*, *Fractures*, *Syncopes*, etc., etc.

Folie circulaire. — Consécutive à la manie puerpérale : obs. LIV.

Forceps. — Comparé à la version : obs. XIII, XLIII. — Remarques sur la construction de l'instrument de Tarnier et sur diverses manœuvres que nécessite l'opération : obs. XVIII, XXVII, XXVIII. — Application au D. I. du premier modèle de Tarnier : obs. XXV. — Applications dans l'excavation, correctes et incorrectes, d'après la méthode classique ou celle de Loviot-Tarnier : obs. XXV (Levret), XXXIII, XLI, XLIII, XLV, XLVII, LIII, LIV, LXXXVII. — Application correcte au D.S. : obs XXVII. — La saisie n'est jamais absolument correcte (pariéto-malaire) dans l'excavation : obs. LXXXVII. Importance de la saisie pariéto-malaire : obs. XXVII, LX. — La branche qui blesse et tue : obs. XXVIII. — Unilatéralité des lésions fœtales : obs. XXVIII. — Utilité des aides : obs. XLI, XLIII. — Dérapement : obs. XLIII. — Déflexion de la tête : obs. XLIII. — A quel moment on s'assure

que la tête est saisie, seule saisie, bien saisie : obs. XLV, LVII. — Rotation de l'occiput en arrière : obs. XLVII, LIII, LXXXV. — Paralysie faciale momentanée ou incurable faute de soins, conséquence de saisies diagonales, fronto-mastoïdiennes : obs. XXXI, XLVII. — Mobilité excessive de la tête fœtale : obs. XLIII, LI. — Application contraire à la règle, faite de propos délibéré : obs. LV. — Cordon saisi dans les cuillers : obs. LVII. — Deux règles dominent les autres dans l'application du forceps : obs. LX. — Importance de la dilatation ou de la dilatabilité de l'orifice : obs. LXXIII. — Application classique sur une O.I.D.P. : obs. LXXXII. — Sur des jumeaux : obs. LXXXV.

G

Gémellité. — Diagnostic au début de la grossesse : obs. XXIX. — Hérédité : obs. XXXV. — Mutations de présentation : obs. XXXVIII. — Isochronisme des foyers : obs. XXXVIII. — Difficultés de l'intervention : obs. LXX, LXXXV. — Malformation constante dans l'espèce bovine : obs. LXX.

Genoux. — Mode de présentation du siège : obs. X.

Glaires sanguinolentes. — Signe de l'adhérence physiologique des membranes, et en rapport possible avec l'expulsion tardive du fœtus : obs. V, XLI. — Leur émission spontanée à terme, seul signe certain du travail commencé et qui ne rétrocédera pas : obs. L.

Grossesse. — Extra-utérine : obs. XLIV.

Gymnastique médicale. — Moyen d'hémostase : obs. III, XL, XCI, XCII, XCIX. — Provocatrice du flux menstruel : obs. XLIV. — Son emploi dans les phlébites : obs. XLVI ; dans le traitement préventif des avortements : obs. LXIII, XCIII, XCV. — Dans l'insertion vicieuse : obs. XCIX.

H

Hématocèle. — Conséquences du traitement par expectation : obs. XLIV.

Hémorragies. — De la grossesse : obs. III, VI, XXIV, LXVI, LXVII, XCIX. — De la grossesse extra-utérine : obs. XLIV. — De la délivrance : obs. II, XVIII, XCI, XCIX. — Funiculaires : obs. III, XXI, LII. — Quantité de sang qu'une parturiente put perdre sans mourir : obs. XCI, XCIX.

Hémostase. — Procédés divers ; voyez : *Seigle*, *Injections*, *Gymnastique*, *Attitudes*.

Hérédité. — Voyez : *Syphilis*, *Congestion*, *Tuberculose*, *Consanguinité*.

Hydramnios. — Physiologique ou pathologique ? obs. I. — Avec malformation : obs. XXI. — Prétendu hérédo-syphilitique avec gros enfant : obs. XXXVI. — En apparence physiologique, avec hydrocéphalie consécutive à la naissance : obs. I. — Avec grossesse multiple ; voyez : *Gémellité*. — Avec gros enfant et présentation de la face : obs. XXVI. — Avec gros enfants et expulsion d'un paquet énorme de fibrine : obs. XX.

Hydrocéphalie. — Consécutive à la naissance : obs. I.
Hydrorrhée. — Ses variétés : obs. LXVII. — D'origine tubaire : obs. XCVIII.
Hygiène. — Du premier âge ; voyez : *Alimentation.*
Hystéropexie. — Ses inconvénients : obs. XCVI.

I

Infection. — Sa marche erratique dans les phlébites : obs. II, XLVI, LXIV. — D'origine incertaine : obs. XLI. — Variolique : obs. L. — Brusquement arrêtée par une éruption locale : obs. LIII. — Phlegmon : obs. LVI. — Septicémie généralisée : obs. LXXIV.
Injections. — Pratique ; avantages ; inconvénients : obs. XXXV, XL, XLI, XCIX.
Insertion vicieuse. — Accidents qui lui sont attribués : voyez *Hémorragies* et *Mécanisme.* — Intervention pendant le travail : obs. LXVI ; pendant la grossesse : obs. VI, XCIX.
Instruments. — Voyez : *Forceps*, *Ballons*, *Sondes*, etc., etc.
Insufflation. — Du fœtus syncopé ; ne l'employer qu'en dernière ressource : obs. IV, XXIII, XLV, XLIX, LIV, LV.
Interrogatoire. — Valeur diagnostique : obs. I, IV, XXIX.
Involution. — De l'utérus ; voyez : *Utérus.*

K

Kinésithérapie. — Voyez *Massage* et *Gymnastique.*

L

Lésions. — Maternelles et fœtales ; voyez : *Forceps*, *Version*, *Utérus*, *Périnée*, *Fœtus.*
Levier. — Son utilité pour le redressement de la tête asynclitique dans l'excavation : obs. XXVIII.
Lien coupant. — Procédé de Pajot, pour la détroncation : obs. XXXIV.

M

Macération. — Du fœtus : obs. XLII.
Mamelles. — Accessoires, indépendantes ou dépendantes de la glande principale : obs. IX. — Lymphangites et acinites : obs. XV, LVII.
Mamelons. — Surnuméraires ou remplacés par un foramen : obs. IX.
Manie puerpérale. — Avec infection : obs. II. — Débutant pendant la grossesse : obs. LIV. — Dégénérant en folie circulaire : obs. LIV.
Massage. — Joint à la gymnastique médicale, efficace avant la grossesse pour prévenir l'auto-infection des femmes atteintes de cellulite péri-viscéro-annexielle : obs. LIII. — Contre l'aménorrhée : obs. XLIV. — Pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, XCV, XCVI, XCIX. — Contre les syncopes : obs. XCI. — Contre les hémorragies : obs. XCI, XCIX. — Dans les phlébites : obs. LXIV. — Pour allonger les brides cicatricielles : obs. LV. — Pour empêcher la formation des adhérences consécutives à l'hématocèle et aux affections chroniques du bassin : ob. XLIV, LIII. — Contre le surmenage : obs. LXXV. — Son utilité

pour le diagnostic : obs. LXV.
Mécanisme. — De l'accouchement. Voyez *Accommodation*.
Médecins consultants. — Utiles ou nuisibles : obs. XLIV, LIV.
Membranes. — Difficultés du diagnostic de leur rupture : obs. V, X. — Difficultés de la rupture artificielle : obs. IV, XLI. — Pince perçante spéciale pour faciliter cette opération : obs. LXVI. — Inconvénients de la rupture artificielle inconsidérée, avant le temps d'élection : obs. XVI, XXVI. — Lieu d'élection pour la rupture artificielle en cas d'hydramnios : obs. XXXVI. — L'adhérence physiologique totale des membranes favorise l'accouchement tardif : obs. V, LXI. — Perforation circulaire au fond de l'utérus : obs. LXVII.
Menstruation. — Surabondante, son traitement : obs. III, XCII. — Pseudo-menstruation : obs. XCI.
Mensuration. — Pelvienne. Voyez : *Bassins viciés* et *Diagnostic*.
Miction. — Difficultés : Voyez : *Cathétérisme*.
Molimens. — Leur corrélation avec des poussées inflammatoires mammaires : obs. XV. — Leur influence sur les congestions erratiques et sur certains accidents puerpéraux graves : obs. XXX, XL, LII, LIII. — En corrélation avec les crises hémorragiques et syncopales de la grossesse extra-utérine : obs. XLIV.
Monstruosités et malformations. — Congénitales : obs. LXXXVI. — Consécutives à la naissance : obs. I. — Diagnostic de la pseudencéphalie pendant la grossesse : obs. XXI.
Mutations. — De présentation et de position. — Artificielles ; voyez : *Version*. — Spontanées : XXXII, XXXVIII.

N

Nanomélie. — Obs. I.
Nœvus. — Traitement : obs. LXXVI.

O

Occipito-sacrée. — Voyez : *Forceps*.
Œdème. — Variqueux et albuminurique : obs. VI. — Du corps et de l'orifice du col utérin, voyez : *Utérus*. — Placentaire, voyez : *Placenta*.
Opérations. — Voyez : *Forceps*, *Version*, etc.
Ophtalmie purulente. — Dix jours après un accouchement aseptique : obs. LX[illegible].
Orifice. — Utérin. Voyez : *Col*.

P

Palper. — Voyez : *Diagnostic*.
Panniculite. — Pendant la grossesse : obs. LXXIX.
Paralysies obstétricales. — Causes, description, importance de leur traitement : XVI, XXVI, XXXI, XLVII
Périnée. — Ses fonctions : obs. XIX. — Son soutien : obs. XXXIII, XLI. — Sa déchirure : obs. XXII, XXIII, XXXIII, XLI. — Sa restauration : obs. XIX, XLI.
Phlébite. — Obs. II, XLVI, LXIV, LXXXVIII.
Placenta. — Œdémateux : obs. III. — Inséré vicieusement ;

voyez : *Hémorragies*. — Découronné : obs. XXXIV. — Retenu à terme dans l'utérus : obs. XLVIII. — Localisation précoce : obs. LXVII.
Présentations. — Du siège : obs. I, II, X, XL, LIV, LV, LXXV. — De la face : obs. XVI, XXI, XXVI. — De l'épaule : obs. IV, XXXIV, XLII.
Procidence. — Du cordon : obs. IV. — Des membres, utile ou néfaste : obs. IV, XVI, LIX.
Pince perce-membranes. — Description ; voyez : *Membranes*.

R

Réduction. — De l'utérus prolabé et étranglé : obs. X. — De l'utérus renversé : obs. LXII, XLV.
Réflexe. — Cervical, inhibitoire, mortel : obs. XLV, XLIX. — Abdominal dynamogène ; voyez : *Syncope*.
Responsabilité médicale. — Obs. LXXIV, LXXXIX.
Rétraction. — Des parois utérines sur le fœtus : obs. XXXIV, LXVII.
Rétrocessions et pseudo-rétrocessions. — Du travail : obs. XI, XII, XVI, XXII, XXXI.
Rétrodéviations utérines. — Temporaires, leur mécanisme : obs. LXII. — Obstacle prétendu à la conception : obs. LXXXIV.

S

Salpingorrhée. — Pendant la grossesse et les suites de couches : obs. XCVIII.
Seigle ergoté. — Obs. II, XLI.
Sonde de Krause. — Obs. XVII, XXVII, XLI.
Stérilité. — Obs. XLIV, XCV, XCVI.
Symphyséotomie. — Jugée avant expérimentation : obs. LV.
Surmenage. — Obs. LXXV.
Syncopes. — De la femme ; leur mécanisme ; leur traitement : obs. XCI. — Du fœtus : obs. IV, XXIII, XLV, XLIX, LIV, LV.
Syphilis. — Héréditaire possible à la 2e et 3e génération : obs. XXII, XLII, LXXXIII.

T

Tamponnement. — Technique opératoire, inconvénients : obs. VI.
Thrombus. — De la vulve : obs. XXXV.
Tissus. — Leur qualité ; voyez : *Périnée*, *Antéversion*.
Torsion. — Du cou fœtal : obs. LVIII.
Tractions. — Sur le cou du fœtus, parfois mortelles : obs. XLV, XLIX, LIX.

U

Urée. — Diminuée dans la ptose rénale : obs. XIV. — Influence relative de la quantité excrétée, dans les crises de dyspnée dite urémique : obs. XIV.
Utérus. — Variations quotidiennes d'engagement du segment inférieur coiffant la région fœtale : obs. XXXII, XXXIII, XXXVI, XL, LXXI. — Inertie extraordinaire : obs. XLI. — Dit à tort infantile ; atrophié par insuffisance fonctionnelle des corps jaunes : obs. XLIV. — Prolabé : obs. X. — Antéversé : obs. II, IV, VIII, XXXIII. — La bifidité du fond n'est pas toujours congénitale : obs. II. — Dilatation sacciforme : obs.

XVIII. — Involution : obs. LXV. — Œdème du corps, du col, de l'orifice : obs. XXII, XXXI, LXXIV, XCIX.

V

Vaccin et vaccine. — Septiques : obs. XXXVII. — Marche simultanée de la vaccine et de la variole : obs. L. — Marche anormale : obs. LXXII, LXXVIII, LXXXVIII.

Variole et varioloïde. — Comment naît une épidémie : obs. L.

Version. — Céphalique par manœuvres externes : obs. I ; II, XL, LIV, LV, LXXI, LXXXVII. — Podalique par manœuvres internes : obs. IV, XLIII, LI, LVIII, LXX. — Comparée au forceps : obs. XIII, XLIII. — Evolutions singulières du fœtus pendant l'opération : obs. XLIII.

ERREURS DE TEXTE

Page 31, avant-dernière ligne : *funiculaire* au lieu de *faniculaire*.
Page 58, vingt-troisième ligne : *inosculation* au lieu de *inoculation*.
Page 74, dix-neuvième ligne : *sifflante* au lieu de *vibrante*.
Page 83, deuxième ligne : *empoigné* au lieu de *empoignée*.
Page 117, vingt-cinquième ligne : *De plus, comment* au lieu *De plus. Comment*.
Page 128, vingt-septième ligne : *membranes* au lieu de *membres*.
Page 221, vingt-deuxième ligne : *s'est plaint* au lieu de *s'est plainte*.
Page 228, vingt-deuxième ligne : *ronde* au lieu de *rond*.
Page 245, quinzième ligne : *en abaissant* au lieu de *pour abaisser*.
Page 250, douzième ligne : *figurant* au lieu de *figuant*.
Page 325, septième ligne : au lieu de *M*^me^ *S*... lire *M*^me^ *U*...
Page 331, quatrième ligne, supprimez *je constate*.
Page 380, dernier paragraphe, les règles, ajoutez *de M*^me^ *S*...
Page 431, vingtième ligne : ajoutez à soulagent, par *le décubitus latéral*.

Mayenne, Imprimerie Ch. COLIN

JOURNAL D'UN PRATICIEN

25 A 349

Consultations

SUR

LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT
LES MALADIES DES FEMMES
ET LES SOINS A DONNER AUX NOURRISSONS

Observations personnelles, notées au cours même des événements et commentées

PAR

H. STAPFER

BOSTON MEDICAL
OCT 29 1908
LIBRARY.

Ce sont toutes observations que j'ai faites moi-même et une simple vérité historique... Je ne considère que l'utilité qu'en peut recevoir le public... Je ne rapporte pas les seuls exemples des bons événements, mais je fais un fidèle récit des mauvais... C'est un grand mal de souscrire et conniver à l'erreur...

FRANÇOIS MAURICEAU.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1908

25.A.349.
Consultations sur la grossesse,1908
Countway Library BER2188
[redacted]
3 2044 045 951 167

25.A.349.
Consultations sur la grossesse,1908
Countway Library BER2188
[redacted]
3 2044 045 951 167